Rok XLVI. Kraków, dnia 23 listopada 1907. Nr 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału I. B) chorób wewnętrznych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Rzut oka na przypadki duru brzusznego w ubiegłem dziesięcioleciu.

Napisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Ciąg dalszy).

Zapalenie ropne ucha środkowego z następowem przedziurawieniem błony bębenkowej i ropotokiem usznym pojawiało się rokrocznie w czasie epidemii duru brzusznego od r. 1897—1904; w następnych 2 latach, t. j. w r. 1905, 1906 w narządzie słuchowym nie zdarzały się powikłania, a w czasie ostatniej epidemii w r. 1907 na 30 spostrzeganych klinicznie przypadków duru brzusznego raz tylko u mężczyzny 34-letniego zauważono objawy ropnego zapalenia ucha środkowego. Zapalenie ropne ucha ograniczyło się do 20 przypadków chorobowych (9 m., 11 k.), t. j. 5,2%), i występowało najczęściej między 20. a 26. dniem choroby, rzadko, bo w 3 przypadkach, 14. dnia choroby, raz 48. dnia choroby; raz w 10. dniu okresu zdrowienia. W 7 przypadkach (3 m., 4 k.) stwierdzono zajęcie ucha środkowego prawego; w 6 przypadkach (1 m., 5 k.) zajęcie ucha środkowego lewego; w 7 przypadkach (5 m., 2 k.) zapalenie obustronne. Samo zapalenie ropne ucha środkowego nie było przyczyną zejścia śmiertelnego; śmierć nastąpiła w 2 z tych przypadków z innych przyczyn: u chłopca 15-letniego z powodu krwotoku jelitowego, a u kobiety 30-letniej z powodu posocznicy. U kobiety 26-letniej w 10. dniu zdrowienia (cały dur trwał 30 dni) wystąpiło zapalenie ropne ucha środkowego z następowem próchnieniem kości skalistej; przypadek ten zakończył się wyzdrowieniem po dokonanym zabiegu operacyjnym. W 3 przypadkach (2 m., 1 k.) jużto w ciągu choroby, jużto w okresie zdrowienia wystąpiła głuchota przemijająca, krótkotrwała, bez zmian anatomicznych, wskutek zakażenia toksynami durowemi ustroju, a tem samem i narządu słuchowego.

Sensoryum prawie w każdym przypadku było zajęte. Zależnie od stopnia przekrwienia opon mózgowych objawiało się ono jużto większem, jużto mniejszem odurzeniem, majaczeniem, bezsennością, zrywaniem się chorych z łóżka i uciekaniem, drżeniem rąk i języka, drżeniem ścięgien *(insultus subtendineus)*. Niekiedy objawy podrażnienia mózgu nasuwały na myśl rozwijające się zapalenie opon mózgowych *(meningotyphus)*, zwłaszcza w razie pojawienia się stężenia karku *(opistotonus)*, co spostrzegano u 16 chorych (8 m., 8 k.), t. j. 4,1%. Stężenie karku wystąpiło w 13 przypadkach (7 m., 6 k.) z początkiem choroby t. j. w I. i II. tygodniu, a w 3 (1 m., 2 k.) przypadkach w 18—23. dniu; stanowiło zawsze zapowiedź ciężkiego duru brzusznego, a śmiertelnego w 10 przypadkach (6 m., 4 k.). W 2 przypadkach, zakończonych śmiercią, zaledwie stwierdzić można było zmiany anatomiczne na oponach mózgowych. U chłopca 19-letniego wykazała sekcya obrzęk zapalny opon mózgowych, a u kobiety 25-letniej, zmarłej wśród krwotoku jelitowego, oprócz silnego przekrwienia i obrzęku opon mózgowych liczne wybroczyny podoponowe, zwłaszcza w okolicy płatów czołowych; zresztą brak było zmian anatomicznych pomimo objawów klinicznych, przemawiających za życia za zapaleniem opon mózgowych *(meningotyphus)*, a stwierdzano tylko przekrwienie bierne. Należy podnieść, iż stężenie karku pojawiło się w 7 przypadkach w przebiegu zapalenia płuc i to u 6 chorych (2 m., 4 k.) w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego, a w jednym przypadku w przebiegu zapalenia płuc nieżytowego. Szczególnie ciężki obraz chorobowy co do przypadów mózgowych wydarzył się w 3 przypadkach (1 m., 2 k.) zapalenia płuc włóknikowego, ograniczonego do górnego płata płuca prawego. Na uwagę zasługuje przypadek, dotyczący 18-letniej dziewczyny, która została przyjęta na oddział z początkiem trzeciego tygodnia duru brzusznego wśród następujących objawów: *Opistotonus. Paralysis nervi facialis d. Tumor lienis insignis. Diarrhoe; Febris 40° C.*; odczyn Widala dodatni; brak pasorzytów zimniczych we krwi. Chora po 8 dniach była rekonwalescentką.

Odleżynę w przebiegu duru brzusznego zauważono w 36 przypadkach (12 m., 24 k.), t. j. 9,3%. Przeważnie występowała odleżyna między 20—25. dniem choroby; w 5 zaledwie przypadkach zauważono głęboką odleżynę między 8. a 12. dniem choroby (zakończyły się śmiertelnie). W 32 przypadkach (11 m., 21 k.) odleżyna ograniczała się do okolicy krzyżowej; w 3 przypadkach (3 k.) do okolicy kości krzyżowej i krętarza prawego, w jednym przypadku (1 m.) do kości krzyżowej i barku prawego. U chłopca 13-letniego wystąpiły mnogie odleżyny zgorzelinowe w okolicy obu łopatek, na kości krzyżowej, obu krętarzach, w dołku podgoleniowym i około kostek. Przypadek ten zakończył się śmiercią, a sekcya oprócz zmian powyższych, stwierdziła objawy ogólnej ropnicy i posocznicy *(septicopyaemia)*. Wogóle w przebiegu odleżyn bardzo głębokich w 8 przypadkach (3 m., 5 k.) nastąpiło zejście śmiertelne; zresztą wyzdrowienie.

Opryszczki na wargach *(herpes labialis)* spostrzegano w przebiegu duru brzusznego u 11 chorych (5 m., 6 k.), t. j. 3,1%. W 4 przypadkach (1 m., 3 k.) wystąpiły one w 7. dniu choroby; w 6 przypadkach (2 m., 4 k.) w 10. dniu choroby; w 2 przypadkach (2 m.) 14. i 15. dnia choroby. Pojawienie się opryszczek na wargach nie wpływało na rokowanie w durze brzusznym, zależne było od *genius epidemicus;* w żadnym przypadku we krwi chorych nie znaleziono pasorzytów zimniczych. U 3 chorych (1 m., 2 k.) nastąpiło zejście śmiertelne, i to u mężczyzny z powodu zapalenia płuc włóknikowego i zapalenia ropnego około chrząstki nalewkowej; u jednej kobiety z powodu posocznicy, a u drugiej kobiety (l. 48) z powodu świeżego zapalenia wsierdzia. Wogóle opryszczki należały do rzadkich zjawisk; natomiast dość często (8,5%) pojawiały się u chorych na dur brzuszny w początkach choroby kilkudniowe silne poty. Okoliczność ta niekiedy utrudniała rozpoznanie kliniczne duru brzusznego, jak n. p. u kobiety 18-letniej, u której poty przez dwa tygodnie się utrzymywały, a u której były zmiany nieżytowe w szczytach płuc. Dalsze spostrzeganie kliniczne stwierdziło dur brzuszny z odleżyną który trwał przez 41 dni wśród ciężkiego nasilenia i zakończył się zupełnem wyzdrowieniem.

Silny głód w 55,6% stanowił ważny objaw chorobowy w durze brzusznym.

Do rzadkich powikłań należały:

Zapalenie ropne ślinianki przyusznej u 5 chorych (2 m., 3 k.), t. j. 1,3%, między 21. a 30. dniem choroby. Wszystkie przypadki zakończyły się wyzdrowieniem; jedynie tylko u kobiety 23-letniej nastąpiła śmierć z powodu włóknikowego obustronnego zapalenia płuc w okresie oczyszczenia się wrzodów.

Zapalenie surowicze ślinianki przyusznej w jednym przypadku u mężczyzny w okresie ozdrowienia.

Zapalenie stawów (1,06%), t. j. w 3 przypadkach (1 m., 2 k.). α) Zapalenie stawu kolanowego prawego u kobiety 30-letniej obok zapalenia pęcherza i miedniczek nerkowych w 31. dniu choroby. β) Zapalenie stawu biodrowego prawego w 14. dniu zdrowienia po przebytym 42-dniowym durze u 13-letniego chłopca. Oba przypadki zakończyły się korzystnie po 10 i 12 dniach. Natomiast u kobiety 30-letniej, u której w 20. dniu choroby wystąpiło zapalenie ropne stawu łokciowego lewego nastąpiło w 6 dni później zejście śmiertelne wśród objawów zapalenia płuc opadowego i ropnego obustronnego zapalenia ucha środkowego.

Zapalenie gruczołów limfatycznych stwierdzono w 2 przypadkach (1 m., 1 k.), t. j. 0,8% w przebiegu zdrowienia i to u mężczyzny 25-letniego obrzęk obustronny gruczołów pachwinowych, a u kobiety 19-letniej po ciężkim 35-dniowym durze w 12. dniu zdrowienia obrzęk gruczołów szyjnych. W obu przypadkach sprawa chorobowa w przeciągu 10 dni ustąpiła.

Narząd wzrokowy w 3 przypadkach (2 m., 1 k.), t. j. 1,06% okazywał powikłania: A) Zapalenie miąższowe rogówki u kobiety 30-letniej, która zmarła w III. tygodniu choroby w okresie owrzodzeń głębokich w jelicie biodrowem i wśród ogniskowego obustronnego zapalenia płuc. B) Ropniak komórki przedniej oka prawego *(hypopyon oc. d.)* u mężczyzny 30-letniego w 22. dniu choroby. C) Ropniak woreczka łzowego *(empyaema sacci lacrymalis)* u kobiety 25-letniej w 12. dniu choroby. Dur trwał u niej 24 dni; w 16. dniu wystąpiły prócz tego objawy zapalenia opłucnej prawej, w 22. dniu odleżyna głęboka nad kością krzyżową, a w 16. dniu zdrowienia rozległy ropień na lewym pośladku.

Do rzadkich powikłań w durze brzusznym zaliczyć należy krwotoki. U 3 chorych (2 m., 1 k.) wystąpił w II. tygodniu choroby krwotok nosowy; u mężczyzny 36-letniego z naciekiem gruźliczym w płucu prawem w III. tygodniu duru wystąpił silny krwotok płucny (chory wyzdrowiał); u kobiety 29-letniej w 13. dniu choroby silny krwotok maciczny (w przypadku tym dur był lekki, trwał 13 dni, poczem po ośmiodniowej przerwie wystąpił nawrót 6-dniowy). Objawy choroby Werlhofa w postaci rozległych i licznych wybroczyn na skórze spostrzegano u dziewczyny 17-letniej na dwa dni przed śmiercią. Oględziny pośmiertne stwierdziły wrzody durowe w okresie oczyszczenia, obustronne zapalenie płuc, zmiany gruźlicze w szczycie lewym. W jednym przypadku u kobiety 23-letniej, która zmarła w III. tygodniu duru brzusznego, nastąpiło znaczne wynaczynienie pośród mięśni prostych brzucha i podotrzewne. *(Degeneratio cerea musculorum rectorum abdominis. Haemorrhagia intramuscularis et subperitonealis).*

Rumień na twarzy *(erythema)* wystąpił u kobiety 30-letniej w 15. dniu choroby; rak wodny *(noma)* na twarzy u kobiety 30-letniej w 20. dniu choroby; rozpoczął się plamką zielonawą na błonie śluzowej policzka lewego w kącie ust i rychło rozprzestrzenił się na skórze policzka lewego na wielkość guldena, wywołując zgorzel skóry. Przy oględzinach pośmiertnych stwierdzono oczyszczające się wrzody w jelicie biodrowem, zropienie gruczołów krezkowych, ropnie w płucach i rozpoczynające się ostre zapalenie nerek.

Zgorzel na powłokach brzusznych spostrzegano u nauczycielki 22-letniej w przebiegu bardzo ciężkiego duru brzusznego w 32. dniu choroby, w kilka dni po pojawieniu



się ostrego zapalenia zastawek aorty i dwukończystej, wśród gorączki 41,5° C. Zgorzel na powłokach brzusznych wystąpiła symetrycznie po obu stronach linii środkowej, a przypominała kształtem postać motyla, którego rozpiętość największa skrzydeł wynosiła w kierunku poprzecznym 12 cm, a w podłużnym 7 cm. Zrazu na miejscu zgorzeli wystąpiła martwica powierzchowna sucha skóry z podbiegnięciem krwawem w postaci plam sinawo-czerwonych, powoli brunatniejących; po kilkunastu dniach na miejscu zeschniętych brunatnych plam wytworzyła się miazga szarozielonkowata,

cuchnąca, sięgająca do tkanki podskórnej. Oddzielanie się części zgorzelinowej skóry trwało około 7 tygodni wśród stanu podgorączkowego. Powstawanie powyższej zgorzeli skóry, jakoteż i kształt jej, wskazywały na to, że przyczyną były zaburzenia w zakresie nerwów naczynioruchowych. Przypadek ten zakończył się zupełnem wyzdrowieniem.

Nawrót duru brzusznego wystąpił w 18 przypadkach (8 m., 10 k.), i to u 3 kobiet po durze przebytym poprzednio w domu, a zresztą w czasie spostrzegania klinicznego w szpitalu. Prawie zawsze jako przyczynę można było stwierdzić popełniony błąd dyetetyczny, t. j. spożycie pokarmów niedozwolonych. Nawrót pojawiał się w następstwie jużto lekkiego, jużto ciężkiego duru brzusznego, bywał lekki z wyjątkiem jednego przypadku, u kobiety 25-letniej. U chorej tej pomimo przebycia czterotygodniowego duru brzusznego wystąpił po przerwie ośmiodniowej nawrót 21-dniowy i zaznaczył się krwotokiem jelitowym, obustronnem zapaleniem ropnem ucha środkowego, zapaleniem opadowem płuc i odleżyną nad kością krzyżową. Chora wyzdrowiała. Nawrót duru brzusznego po 5 dniach spotykano w 2 przypadkach (2 k.): po 8 dniach w 6 przyp. (1 m., 5 k.), po 10 dniach w 7 przyp. (6 m., 1 k.), po 14 dniach w 2 przyp. (1 m., 1 k.), po 16 dniach w 1 przyp. (1 k.), a okres trwania nawrotu wynosił średnio około 5 dni, rzadko 10—13 dni, a wyjątkowo u 2 mężczyzn po 19 dni, a u kobiety 21-letniej dni 21. (Dok. nast.)

Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Resekcya kątnicy.

Zarys techniki operacyjnej.

Podał

Dr Z. Radliński.

(Ciąg dalszy.)

Przygotowanie chorego do zabiegu.

Chory, u którego postanowiono dokonać resekcyi kątnicy, powinien być do zabiegu odpowiednio przygotowany. Nie oznacza to jednak, byśmy chorego przez szereg dni przed zabiegiem mieli trzymać na ścisłej dyecie, jak to wielokrotnie doradzano i robiono. Przeciwnie chory dostaje aż do ostatniego dnia pożywne płynne i dające mało pozostałości pokarmy, aby utrzymać, lub nawet podnieść upośledzone siły, które przecież mają być wystawione przez operacyę na poważną próbę. Koniecznie trzeba opróżnić ile możności przewód pokarmowy przed zabiegiem. W tym celu podaje się choremu w ciągu 1—2 dni przed operacyą łagodne środki przeczyszczające, wynik przeczyszczenia może być jednak niedostateczny wskutek zwężeń często istniejących w jelicie. Dopomagamy przeczyszczeniu mechanicznie, wypłukując jelito grube zapomocą wysokich wlewań, po których na 1—2 godziny pozostawiamy w odbycie gruby sączek gumowy, aby umożliwić odpływ resztek wypłuczyn i gazów. Wlewanie robimy w przeddzień zabiegu i na kilka godzin przed zabiegiem.

Przy takiem postępowaniu operujemy wprawdzie czasem na jelitach niezupełnie opróżnionych, ale lepiej jest powierzyć pokonanie tej trudności odpowiedniej technice operacyjnej, niż operować na chorym wygłodzonym, który przez to wygłodzenie traci odporność na zabieg, dokonany nawet w możliwie idealnych warunkach co do opróżnienia jelit.

Niektórzy autorowie (Körte) doradzają podać w przeddzień operacyi i w sam dzień 2 razy po 1·0 azotanu bizmutu (*Bism. subnitr.*), co ma wywoływać skurczenie jelit i przez to stan ich dogodniejszy do zakładania szwu. Prof. Kader stosował również dawniej ten środek, zaniechał go jednak od lat 8 zupełnie wskutek niepewnego i niedostatecznego skutku w kierunku wymienionym, jak również ponieważ azotan bizmutu powoduje wielce niepożądane zaparcie stolca.

Unieruchomienia jelit przez podawanie makowca zarówno przed zabiegiem, jak i po nim nie uważa prof. Kader za właściwe. Korzyść, jaka stąd ma pochodzić, polega na zmniejszeniu ruchu jelit na czas zrastania się szwu. Znaczenie tego działania niweczy bębnica, powstająca po podawaniu makowca i zbijanie się kału; oba te czynniki są dla szwu jelitowego bardzo niepożądane i niebezpieczniejsze, niż prawidłowy ruch jelit. Natomiast zaleca prof. Kader podawanie przed zabiegiem środków sercowych (strofantus, digalen), które stosujemy i później w okresie pooperacyjnym. Podniecenie mięśnia sercowego ułatwi zniesienie urazu operacyjnego i może zapobiedz powikłaniom płucnym. W sam dzień zabiegu chory jest na czczo. O oczyszczeniu zewnętrznem chorego, myciu przedoperacyjnem, rozpisywać się nie będę. Zaznaczę, że wszystkie znane metody, byle sumiennie i świadomie przeprowadzone, są wystarczające, a właściwie równie niedostateczne. Na jeden szczegół, przeważnie mało uwzględniany, chciałbym zwrócić uwagę, mianowicie na żądanie, zasadniczo w klinice krakowskiej stawiane, by osoba, mająca myć chorego do zabiegu, przystępowała do czynności z rękami umytemi, jak do operacyi, i nie wcierała zanieczyszczenia swych rąk w skórę chorego.

Przed samym zabiegiem, po odsłonięciu z pod chust wyjałowionych pola operacyjnego, pomazujemy je zapomocą wyjałowionego kawałka gazy nalewką jodową, którą zaraz ścieramy; unikamy w ten sposób działania żrącego, a wyzyskujemy jej działanie odkażające w głąb gruczołów skórnych.

Za ważną i niepomyślną okoliczność należy uważać utratę ciepła, na którą chory jest narażony podczas zabiegu. Uwaga chirurgów zwróconą jest w tym kierunku oddawna, zbudowano nawet umyślnie ogrzewane stoły operacyjne. Częstokroć w życiu praktycznem spotykamy jednak niedostateczne liczenie się z tym czynnikiem. Długotrwałe oziębienie wywołuje niepotrzebnie wzmożoną czynność serca i jego znużenie, oraz zmniejszenie odporności narządów oddechowych wskutek naruszenia równowagi naczynioruchowej. W klinice krakowskiej zapobiega się temu przez odpowiednią (około 25°C.) ciepłotę powietrza w sali operacyjnej i przez ciepłe ubranie chorego (gruby flanelowy kaftan z szerokimi długimi rękawami i długie powyżej kolan sięgające flanelowe pończochy).

Znieczulenie.

Opiszę teraz pokrótce znieczulenie lędźwiowe. W szerszem ujęciu rozwój, technika i wyniki tego sposobu są tematem innej pracy z kliniki prof. Kadera.

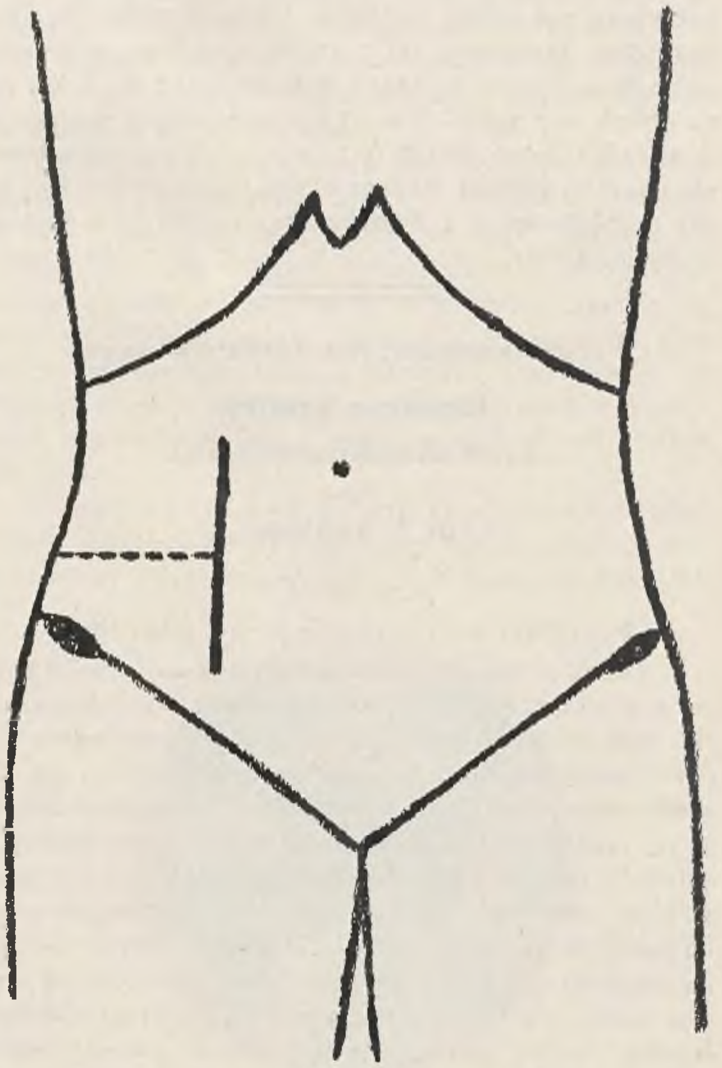
Do znieczulenia po próbach innych środków obecnie od szeregu lat używamy 2% rozczynu tropakokainy (chlorowodorek trop. Mercka), przygotowanego i wyjałowionego bezpośrednio przed użyciem. Przed zabiegiem 0·5 gr. tropakokainy wsypuje się do wyjałowionego szklanego naczyńka z podziałką centymetrową i rozpuszcza w 30 ctm.³ wody przekroplonej, poczem się rozczyn wygotowuje aż do pozostania 25 ctm.³, i chłodzi zabezpieczony od kurzu. Strzykawki używamy o pojemności 10 ctm.³ z tłokiem durytowym; igły długości 10—11 ctm. niezbyt grubej (cieńszej od trójgrańca lędźwiowego Krönig a), o ostrzu krótko ściętem. Mocne i pewne trzymanie się igły na strzykawce zapewnia zamknięcie bagnetowe.

Choremu w postawie, o ile to możliwe, siedzącej z wypuklonym ku tyłowi grzbietem (»grzbiet kota siedzącego«) wkłuwa się samą igłę (jej drożność sprawdzić!) w linii ściśle środkowej między wyrostki kolczaste kręgów, najczęściej między 1—2 lub 2—3 kręgiem lędźwiowym.

Nakłucie powiodło się, o ile z igły zaczyna kroplami lub cienkim strumykiem wypływać czysty płyn mózgowordzeniowy. Wypuściwszy mniej więcej tyle płynu, ile zamierzamy wstrzyknąć rozczynu tropakokainy, przystawiamy uprzednio napełnioną strzykawkę, umocowujemy w zamku bagnetowym i powoli naciskamy tłok; samo wstrzykiwanie trwa 3—4 sekundy. Średnio zastrzykuje się 5 ctm.³, t. j. 0,10 tropakokainy [nie mniej, niż 3,5 ctm.³ (0,07) i nie więcej naraz, niż 7,5 ctm. (0,15)]; po wstrzyknięciu wyjmuje się powoli igłę wraz ze strzykawką i opatruje rankę gazą i przylepcem. Po ułożeniu chorego na stole ustawia się stół w silnem pochyleniu głową ku dołowi (Kader). Mniej więcej po 2—3 minutach już jest znieczulenie wystarczające. Trwa ono około godziny, rzadko mniej, a często do $1^1/_2$—2, a więc dość długo dla wielkiego zabiegu. Gdyby przed końcem zabiegu znieczulenie zaczęło znikać, podtrzymuje je prof. Kader na krótki czas wstrzyknięciem podskórnem morfiny (0,015—0,02); za normę uważa jednak prof. Kader ponowienie nakłucia lędźwiowego (tym razem u chorego leżącego na boku); dawka powtórna tropakokainy wynosi 2,5—3,5 ctm.³ (0,05—0,07). Niema chyba zabiegu, któregoby po takiem ponownem zastrzyknięciu nie można dokończyć. Spostrzegane czasem osłabienie tętna w czasie znieczulenia skutecznie i niemal swoiście zwalcza, jak na to prof. Kader niejednokrotnie zwracał uwagę, wstrzyknięcie podskórne olejku kamforowego 25% *(ol. amygdal. dulc. 100·0, camphorae tritae 25,0)* w ilości 1—2 ctm.³. Wogóle czynność serca i oddychanie trzeba nadzorować ściśle. Spostrzegaliśmy przemijający niedowład mięśni oddechowych, łatwo ustępujący pod wpływem biernych ruchów oddechowych. Dziwnie mało groźnie wygląda ten rodzaj bądź co bądź zamartwicy; występuje on powoli i stopniowo, w krótkim czasie przemija. Chory przez cały czas takiego zajścia wygląda dobrze, źrenice oddziaływają, utrzymuje się odruch rogówkowy i wogóle obraz swą łagodnością zupełnie nie przypomina zamartwicy pochodzenia ośrodkowego przy chloroformie, występującej nagle i groźnie.

Operacya.

Pomimo, iż zabiegu mamy dokonać w tej samej okolicy, do której tak często obecnie chirurg wkracza dla usunięcia wyrostka robaczkowego, nie możemy dla cięcia operacyjnego przy resekcyi kątnicy korzystać z wypracowanych dla wycięcia wyrostka ulepszeń i uzyskanych doświadczeń. Dla usunięcia wyrostka robaczkowego wystarcza w ogromnej większości przypadków cięcie bardzo małe, które dopiero w razie konieczności i szczególnie trudnych warunków w miarę potrzeby powiększamy; prócz tego jest to zabieg, zwłaszcza o ile dokonywany »na zimno«, takiego rodzaju, że musimy dążyć do tego, aby choremu nie pozostały po nim żadne niepomyślne lub choćby nieprzyjemne następstwa. I rzeczywiście przy cięciu do wycięcia wyrostka nauczyliśmy się zapobiegać powstawaniu następowych przepuklin brzusznych, zwiotczeniu i wydęciu ściany brzusznej przez zanik mięśni po przecięciu nerwów, uwzględniamy nawet stronę kosmetyczną. Byłoby błędem ze strony spółczesnego chirurga, gdyby przy wycinaniu wyrostka »na zimno«, zabiegu, z natury rzeczy zapobiegawczym, a nie objawowym, przecinał warstwy mięsne brzucha i zdobyczy technicznych w tej dziedzinie nie uwzględniał.



Rysunek 1.

Inaczej zupełnie stoi sprawa z cięciem do usunięcia kątnicy. Tu mamy przed sobą sprawę ciężką przez się, musimy mieć zupełnie dobry dostęp do okolic objętych zmianami i leżących głęboko, i nie możemy się liczyć z przytoczonymi względami. Nie mam tu zamiaru ustalać pewnego typu cięcia do resekcyi kątnicy; sądzę, że w każdym przypadku najlepszem będzie to cięcie, które uwzględniając warunki osobnicze da jednocześnie dobry, zupełnie wygodny dostęp. Mimoto opiszę typ cięcia, stoso-

wanego przez prof. Kadera w klinice krakowskiej, który w znacznej ilości przypadków bywa odpowiedni. Jest to cięcie, którego ramię pionowe przebiega wzdłuż zewnętrznego brzegu prawego mięśnia prostego brzucha *(inc. pararectalis)*, ramię zaś poziome, dodawane w razie potrzeby, idzie ku zewnątrz od pionowego mniej więcej w środku rzutowej pionowej odległości między pępkiem a kolcem przednim górnym kości biodrowej. Ramię pionowe tego cięcia oszczędza mięśnie brzuszne, a jednocześnie daje prędki dostęp do wolnej jamy brzusznej już na poziomie guza lub cokolwiek wyżej lub niżej i ułatwia stamtąd oryentowanie się. Dodane cięcie poziome udostępnia okolice kątnicy w sposób bardzo wygodny (rys. 1). O ile na ścianie brzusznej są przetoki, cięcie pionowe przeważnie przypadnie ku wewnątrz od nich i pozwoli otworzyć wolną jamę brzuszną, zoryentować się w niej i zabezpieczyć ją odgrodzeniem w warunkach bezgnilnych; potem możemy już mniej się liczyć z niezbędnem nieraz zakażeniem rąk przy wyosobnianiu guza w obrębie cięcia poziomego. Chcę tu zwrócić uwagę na jedną okoliczność, przeważnie mało uwzględnianą, a związaną ściśle z cięciem ściany brzusznej w tej okolicy. Powyżej wspomniałem o zakrzepach w żyłach biodrowych, powstających po zabiegach w dole biodrowym i wynikających stąd zatorach płucnych. Witzel zwrócił uwagę, że zakrzepy takie mogą przenosić się nawet na żyłę biodrową lewą i że jego zdaniem przyczyny należy szukać w uszkodzeniu i podwiązaniu »en masse« pęczka naczyniowego nabrzusznego dolnego *(vasa epigastr. infer.)*. Wobec tego doradza on unikać uszkodzenia wspomnianego pęczka, a więc dolny koniec cięcia brzusznego prowadzić na zewnątrz od naczyń, a w razie częściowego uszkodzenia nie chwytać całego pęczka w podwiązkę, ale wyosobnić i podwiązać tylko naczynie uszkodzone. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Hesse. **O powikłaniach po znieczuleniu lędźwiowem.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 37). Obecnie w sanatoryum Heilego w Wiesbadenie stosuje się do znieczulania lędźwiowego tropakokainę. Jeżeli płynu mózgowordzeniowego mało się wydobywa, lub gdy zmieszany jest on z krwią, wtedy nie wykonuje się wstrzyknięcia. Na 60 przypadków spostrzegano raz silny zapad, dwa razy poważne następowe powikłania, 7 razy mniejsze. Dwa razy znieczulenie było niezupełne. Co do działań ubocznych, to dwa razy spostrzegano wpływ na serce i oddech. Z innych ujemnych wpływów wspomnieć należy o uporczywych bólach głowy, trwających do 2 tygodni i o wymiotach. Bardzo poważnemi są wreszcie powikłania w zakresie układu nerwowego. W przypadku autora wystąpiła po znieczuleniu silna bolesność nerwu potylicznego wielkiego, usznego wielkiego, splotu barkowego obustronnie, nerwu promieniowego, dalej bóle splotu krzyżowego i nerwu kulszowego po obu stronach. Z czasem pojawiły się w rękach zmiany czucia, upośledzenie bólu, czucie podwójne, objawy, przypominające trochę wiąd rdzenia, t. j. zajęcie tylnych korzeni. Chora operowana z powodu kamieni żółciowych opuściła zakład z dolegliwościami nerwowemi, stale się utrzymującemi. Wstrzykiwano 0,05 tropakokainy przy opasce Biera celem wywołania zastoiny na głowie. Obecnie wstrzykują 0,1 tropakokainy bez wyciągania płynu mózgowo-rdzeniowego i nie używają po wstrzyknięciu położenia głową w dół. Znieczulenie trwa zato do 2 godzin. Wspomniane powikłania pouczają, jak ostrożnie jeszcze należy stosować znieczulenie lędźwiowe. Nie należy go nigdy stosować u ludzi nerwowych. Może przyszłość da nam jaki mniej trująco działający środek do znieczulania, niż znane dotąd. *Klęsk.*

Offergeld. **Powikłania płucne po znieczuleniu eterowem.** (*Arch. f. klin. Chir.* 83, II). Na podstawie doświadczeń na psach dochodzi O. do wniosku, że najmniej szkodliwe jest uśpienie kroplami, i że płuca daleko lepiej znoszą ten rodzaj uśpienia przy dostępie zwykłego powietrza atmosferycznego o dobrym przewiewie, aniżeli przy użyciu mieszaniny z O zapomocą różnych przyrządów. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Kast i Meltzer. **Wrażliwość czuciowa narządów jamy brzusznej i wpływ wstrzyknięć kokainy na nią.** (*Berliner klin. Wochs.* 1907, 19). Chirurdzy, opierając się na laparotomiach, wykonanych w znieczuleniu Schleicha, twierdzą, że jelita są zupełnie niewrażliwe na ból, że można je krajać, rwać, przypalać, nie sprawiając bólu choremu. A przecież istnieją bóle przy zapaleniu otrzewnej, wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego itd. Lennander sądzi, że żołądek, jelita, sieć, krezka, śledziona, wątroba, pęcherzyk żółciowy, nerki, pęcherz i macica są na ból, a także i na inne uczucia niewrażliwe, jedynie tylko otrzewna ścienna jest wrażliwa na ból. Inni znów podają, iż narządy dotknięte zapaleniem są także niebolesne. Wychodząc ze swego stanowiska, uważa Lennander za przyczynę bólów, powstających nie przy operacyi, otrzewnę ścienną, albo nerwy rdzeniowe, zaopatrujące dolną część brzucha lub może dolną powierzchnię przepony. Tę sprzeczność między bolesnością jelit poza operacyą i niebolesnością wśród operacyi starali się K. i M. wyjaśnić zapomocą doświadczeń na psach i kotach, którym w uśpieniu otwierali jamę brzuszną i przekonali się, że po obudzeniu się zwierzęcia powierzchnia przewodu pokarmowego była bardzo bolesna, przy użyciu zaś znieczulenia sposobem Schleicha uczucie bólu na jelitach znikało. Bezbolesność ta trwała pół godziny i obejmowała także otrzewnę ścienną. Ten wpływ znieczulający odnieść należy do kokainy, która nie działa miejscowo, lecz ogólnie, gdyż znieczulenie jelit występowało także, jeśli rozczyn kokainy n. p. w ilości 0,03, wstrzykiwano do kończyny górnej lub dolnej. Na zasadzie tych doświadczeń dochodzą autorowie do następujących wniosków: Utrzymuje się dotychczas zapatrywanie, że narządy jamy brzusznej tak prawidłowe, jak i dotknięte zapaleniem, są zgoła niebolesne. Doświadczenia na zwierzętach dowiodły, że narządy jamy brzusznej są bolesne, i to bardziej jeszcze w stanie zapalnym. Doświadczenia te pouczyły także, że podskórne lub śródmięśniowe wstrzyknięcie stosunkowo małej dawki kokainy może zupełnie usunąć wrażliwość narządów jamy brzusznej na ból. Wobec tego należy przypuścić, że znieczulenie narządów jamy brzusznej, stwierdzane przez chirurgów, ma swą przyczynę w kokainie. K. i M. stwierdzili także, że wstrzyknięcie nieznacznej ilości kokainy wywiera uspokajający wpływ na stan rozdrażnienia uśpionego i operowanego zwierzęcia. Te świeżo odkryte właściwości kokainy mogą mieć także niepoślednie znaczenie dla praktycznego lecznictwa. *B. Żmigród* (Rymanów).

Schütte. **Praktyczne doświadczenia z nowym, gotowym do użycia, stale jałowym materyałem do szycia.** (*Intern. med. Rev.* 1907, Nr 2). S. uważa katgut i jedwab, wyjaławiany i przechowywany sposobem Karewskiego, za najlepszy i najpraktyczniejszy. Wyjaławianie odbywa się bez pomocy środków odkażających i bez dotykania rękami. Nitki, umieszczone w rurce szklanej, z obu stron otwartej, wystawia się przez ½ godziny na działanie pary 70 prc. wyskoku, poczem się rurkę zatapia, wypełniając ją przytem wyskokiem bezwodnym w próżni z dodatkiem 1—3 prc. gliceryny. Potem gotuje się rurki 2 godziny w kociołku przy 103° C. Rurki po częściowem użyciu przechowywać można dalej w wyskoku. Próby S. z tym materyałem do szycia wypadły nadzwyczaj dobrze. *Klęsk.*

Leischner. **Przeszczepianie ciałek nabłonkowych i praktyczne znaczenie jego w chirurgii.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 84, Z. 1). Podobnie, jak Eiselsbergowi, powiodło się i autorowi przeszczepiać ciałka nabłonkowe z zachowaniem ich czynności, i to nietylko u tego samego zwierzęcia, ale i z drugiego zwierzęcia tego samego gatunku. Sprawa ta ze względu na ścisły związek wspomnianych ciałek z pooperacyjną tężyczką, jest bardzo ważna dla chirurgów. *Klęsk.*

Stich. **W sprawie przeszczepiania narządów zapomocą szwu naczyń.** (*Arch. f. klin. Chir.* 83, II). Autor przeszczepił u psa nerkę na szyję i uzyskał zupełnie dobre wygojenie się przy utrzymaniu prawidłowej czynności narządu. Po pewnym czasie wystąpiło zapalenie miedniczki i nerki i zwierzę zginęło. W drugim przypadku przeszczepił S. nerkę na naczynia biodrowe i uzyskał również prawidłowe wgojenie się, zwierzę jednak po dłuższej chorobie zginęło na zapalenie ropne otrzewnej.

Podobnie przyjął się kawałek gruczołu tarczowego, przeszczepiony na tętnicę szyjną. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Lexer. **Idealna operacya tętniaków tętniczych i tętniczo-żylnych.** (*Arch. f. klin. Chir.* 83, II). Przy operacyi tętnicy i żyły podkolanowej usunął autor kawałek naczynia, długości około 5 ctm., następnie przy użyciu pierścieni magnezowych sposobem Payera, zeszył okrężnie naczynia, poczem celem zbliżenia odcinków ustalił kończynę w zgięciu. Przebieg gojenia prawidłowy, po 2 miesiącach ruchomość w stanie kolanowym prawidłowa, krążenie i tętno na goleni zupełnie prawidłowe. Po roku tętno słabnie, prawdopodobnie skutkiem ucisku naczyń przez kurczącą się bliznę. W drugim przypadku tętniaka tętnicy pachowej u mężczyzny w podeszłym wieku, usunąwszy naczynie na długości 3 ctm. i nie mogąc zbliżyć ku sobie końców z powodu miażdżycy i kruchości tętnicy, przeszczepił L. kawałek żyły odpiszczelowej, łącząc naczynia zapomocą zwykłego szwu okrężnego. Po zabiegu krążenie w ręce prawidłowe, na 5. dzień chory zmarł z obłędu pijackiego, przyczem na krótko przed śmiercią stwierdzono osłabienie tętna na ręce operowanej. Przy sekcyi znaleziono przeszczepiony kawałek żyły zupełnie prawidłowy, bez skrzepów i nierozszerzony, natomiast w dośrodkowym odcinku tętnicy w miejscu, gdzie przy operacyi leżał zacisk, znaleziono skrzep, wypełniający do połowy światło naczynia, powstały na schyłku życia. Ze szwów naczyniowych najlepszym jest szew boczny, po odcięciach zaś naczyń i przy wszczepianiu szew okrężny. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Bier. **Wpływ wstrzykiwań innogatunkowej krwi na nowotwory złośliwe.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 29). U dwóch mężczyzn przy raku, nie nadającym się do operacyi, wstrzykiwał B. krew odwłóknioną świni i stwierdził wybitne działanie zapalnotwórcze, które można było dowolnie potęgować, stosując mniejszą lub większą ilość krwi. W jednym z tych przypadków stwierdził B. następnie oprócz zaniku komórek rakowych, silny naciek drobnokomórkowy i rozległe bujanie tkanki łącznej, w drugim zaś rozległy i szybki rozpad ognisk rakowych. W 3 przypadkach przerostu sterczu stało się oddawanie moczu po wstrzykiwaniach krwi świńskiej łatwiejsze. Dr Sticker na klinice B. przeprowadza obecnie doświadczenia nad wpływem krwi innogatunkowej na przeszczepione mięsaki u psów.
Dr Kasprzyk (Berlin).

Ritter. **Leczenie nowotworów, nie nadających się do operacyi, sztucznem przekrwieniem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 43). Zapomocą stosowania ssawek na nowotwory nie nadające się do operacyi, otrzymać miał R. w wielu przypadkach raka wybitną poprawę, polegającą na wyraźnem zmniejszeniu się nowotworu, a w 2 przypadkach drobnowidowo stwierdzonego mięsaka u młodych osobników, rzekomo zupełne zniknięcie nowotworu. *Klęsk.*

Haeberlin. **Leczenie ran pokrywających się ziarniną.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 42). H. poleca wystawiać rany, pokrywające się ziarniną, na działanie prostopadłych promieni słonecznych, co gojenie znacznie ma przyśpieszać. *Klęsk.*

Becker. **O leczeniu fibrolizyną.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 43). B. stosował fibrolizynę w 5 przypadkach. W jednym, (przykurczenie palców Dupuytrena) osiągnął po 19 wstrzyknięciach zupełnie dobry wynik, mimo, że sprawa była daleko posunięta. Wstrzykiwał w pośladki. W drugim lżejszym przypadku podobnego cierpienia już po 8 wstrzykiwaniach skutek był pomyślny. Bardzo dobry wynik miał też B. przy zesztywnieniu kolana po urazie, trwającem już 6 lat (7 wstrzykiwań). Fibrolizyna nadaje się też dobrze do leczenia następowego po ranach celem zapobieżenia tworzeniu się przykurczających blizn. Natomiast nie działa ona zupełnie przy zniekształtniającem zapaleniu stawów. Powikłań nie ma żadnych; czasem po dłuższem stosowaniu występuje tylko uczucie znużenia. *Klęsk.*

Roeder. **Wycięcie wielkich pni nerwowych bez objawów porażenia.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 41). Zeszłego roku ogłosił Goldmann pracę, w której omawia dziwny fakt, że czasem po wycięciu kawałka pnia nerwowego w jego ciągłości nie występują porażenia. R. przytacza przypadek, w którym nowotwory, pojawiające się kolejno w różnych nerwach, trzeba było usuwać wraz z kawałkami nerwów. W ten sposób usunięto część nerwu łokciowego, udowego i dodatkowego. Po operacyach pojawiały się chwilowe niedomogi mięśni uda i goleni, oraz mięśnia kapturowego, ale porażenie nie wystąpiło wcale. Ten brak tłómaczy Goldmann tem, że w tych przypadkach są nowotwory cierpieniem wrodzonem, przy którem wytworzyły się chyba jakieś uboczne drogi nerwowe. *Klęsk.*

Prof. Tillmans. **Ogólne leczenie złamań kości.** (*Deutsche med. Wochs.* 1902, Nr 42). W leczeniu złamań wielką rolę odgrywa pierwsza pomoc, a raczej pierwszy opatrunek, założony przez otoczenie rannego. Złamania niepowikłane powinno się o ile możności leczyć przy kontroli zapomocą promieni Röntgena. Niepowikłane złamania wyjątkowo wymagają zabiegu operacyjnego, a mianowicie bądź z powodu swego usadowienia (rzepka, łokieć, złamania przystawowe), bądź z powodu wtłoczenia się między odłamki części miękkich. Przy złamaniach powikłanych powinno się o ile możności unikać szerokich nacięć i tamponady, i w razie braku wybitnego zakażenia zakładać opatrunek ustalający jak najrychlej. Zeszyte odłamki kostne zrastają się wolniej, niż nieszyte. Przy złamaniu powikłanem nie należy też za skrupulatnie odkażać skóry, wystarcza odczyszczenie benzyną. Nigdy nie należy leczyć złamania w jednym opatrunku, lecz trzeba go zmieniać. Postępem w leczeniu złamań są wyciągi i ustalające przyrządy do chodzenia. Przy strzaskaniu kości usuwać należy tylko odłączone kawałki kości, zresztą należy postępować nawet w bardzo ciężkich przypadkach zachowawczo. Odjęcie kończyny z powodu złamania w obecnych czasach należeć powinno do wyjątków. Przy powikłanem złamaniu śródstawowem wycięcie stawu należy robić pierwotnie przy silnem zmiażdżeniu lub następowo w razie zakażenia, grożącego życiu. Złamania czaszki zwykle goją się bez zabiegu, nie ma więc potrzeby wykonywać go, o ile nie zmusi nas do niego jakiś ważny powód; podobnie złamania kręgosłupa i miednicy. Postrzały kości leczyć należy o ile możności zachowawczo i kul nie szukać. Stawy wrzekome leczy się tarciem, zastoiną Biera, wstrzykiwaniem surowicy krwi, elektrolizą, ostatecznie operacyjnie. Ubytki w kościach wypełnić można kośćmi sąsiedniemi, kośćmi obcemi lub plombą jodoformową Mosetiga. *Klęsk.*

Baum. **Złamania kości w wiądzie rdzenia i ich etyologiczne stanowisko.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.* T. 89, Z. 1—4). Z różnych teoryi, starających się tłómaczyć złamania kości w wiądzie rdzenia, najlepszą jest jeszcze teorya Volkmanna, tłómacząca te uszkodzenia mechanicznie, osłabieniem napięcia mięśni, utratą zmysłu mięśniowego i czucia kostnego, a przez to brakiem poczucia stosownego używania i napinania mięśni w razie urazu. Dawniej przypuszczano, że o ile kości w wiądzie rdzenia są słabe i łatwo się łamią, o tyle też nadzwyczaj trudno się goją. Tak jednak nie jest; wiemy obecnie, że przy wiądzie rdzenia zrost kostny jest zupełnie prawidłowy, w razie złamania powinniśmy leczyć chorego podług wszelkich zasad nowoczesnej chirurgii, a spodziewać się wtedy możemy zupełnie dobrego wyniku leczniczego. *Klęsk.*

Schaffer. **Klepanie jako środek leczenia stawów wrzekomych.** (*Deutsche mediz. Wochs.* 1907, Nr 41). Autor poleca bardzo silne klepanie łokciową stroną jednej lub obu dłoni celem leczenia stawów wrzekomych po złamaniach kości. W dwóch przypadkach uzyskał S. w ten sposób znakomite wyniki i uchronił chorych od zamierzonej operacyi. *Klęsk.*

Böcker. **O zwichnięciu porażnem stawu biodrowego, jego powstawaniu i leczeniu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 28—29). Na zasadzie 4 własnych przypadków i piśmiennictwa, dochodzi B. do następujących wniosków: Zwichnięcie porażne stawu biodrowego może wystąpić po porażeniu w wieku dziecięcym, gdy jedna grupa mięśni jest zachowana, a występuje wskutek przykurczeń mięśni przeciwnie działających, ustalających kończynę w kierunku swego działania; natomiast ciężar i obciążenie kończyny odgrywają tylko podrzędną rolę (teorya antagonistyczno-mechaniczna Seeligmüllera). Zwichnięcia ku tyłowi występują o wiele częściej, niż sądzono dotąd, bo prawie równie często, jak i ku przodowi. Ku przodowi powstają najczęściej tylko nadwichnięcia, lub stawy wrzekome. Przesunięcia ku przodowi, o słabem przykurczeniu, leczyć należy ortopedycznie po zastosowaniu odprowadzenia; przy znaczniejszych zaś przykurczeniach wskazane jest jedynie otwarte przecięcie odpowiednich mięśni i opatrunek gipsowy w silnem wyprostowaniu i przywiedzeniu kończyny. Przy zwichnięciach w innych kierunkach stosować należy przecięcie ścięgna i odprowadzenie bezkrwawe Schulzego w przypadkach świeżych, w starszych natomiast krwawe odprowadzenie (według Karewskiego). Przy zastosowaniu równoczesnem i innych zabiegów na kończynie, dalsze leczenie polegać będzie na stosowaniu sposobów wzmacniających mięśnie i na użyciu odpowiednich przyrządów przez dłuższy lub krótszy czas. *Kasprzyk* (Berlin).

Kudlek. **Przyczynek do patologii i fizyologii rzepki.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 88, Z. 1—3). K. usunął w jednym przypadku rzepkę z powodu mięsaka. Uważał, by nie na-

ruszyć bocznych więzadeł. Powstały ubytek zeszył w ten sposób, że przyciągnął do siebie szwami boczne więzadła mięśnia czworogłowego. Chory wyzdrowiał szybko, a w trzy miesiące mógł już swobodnie bez żadnych dolegliwości i ograniczeń używać kolana. Okoliczność ta zachęca autora do dalszych prób w tym kierunku. Jest widoczną rzeczą, że i bez rzepki zupełnie dobrze obejść się można, należy jednak operować tak, jak to K. radzi. Usunięcie rzepki może znaleźć zastosowanie lecznicze przy gruźlicy i przy przyrośnięciu rzepki do kłykci udowych wskutek wiewiórowego zapalenia stawu kolanowego. *Klęsk.*

Haecker. **Kliniczny i anatomiczny przyczynek do sprawy obustronnego pęknięcia ścięgna mięśnia czworogłowego tuż przy górnym brzegu rzepki.** *(Deutsche med, Wochs.* 1907, Nr 45). Pęknięcia mięśnia czworogłowego wydarzają się przeważnie obustronnie w warunkach podobnych, jak i pęknięcie rzepki, t. j. gdy ktoś upadając w tył, stara się całą siłą utrzymać w równowadze, zwłaszcza przy ustalonych stopach. Dlaczego raz pęka rzepka, a drugim razem więzadła lub ścięgno, niewiadomo. Dotąd opisano 19 przypadków obustronnego pęknięcia ścięgien. Przypadek autora jest z tego względu ciekawy, że pęknięcie nastąpiło najpierw po stronie lewej, a w kilka chwil, gdy chory po raz drugi upadł na ziemię, po prawej. — Rozpoznanie jest łatwe. W razie przerwania zupełnego, górny brzeg rzepki odstaje wyraźnie, ponad nim zaś widać lub wymacać można zagłębienie. Czynne wyprostowanie kolana zgiętego jest niemożebne. Leczenie polega na zeszyciu ścięgna. — Przypadek autora, operowany przez prof. Friedricha, zakończył się śmiercią w 12 dni po operacyi z powodu zatoru tętnicy płucnej. Drobnowidowe badanie ścięgien nie wykazało żadnych zmian, któreby tłómaczyły, dlaczego pękły ścięgna, a nie więzadła, lub rzepka. *Klęsk.*

Karewski. **W sprawie leczenia pęknięcia mięśnia czworogłowego uda.** *(Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 28). Nie mogąc u pewnego chorego wykonać zeszycia przerwanych mięśni, prostego i obydwóch bocznych, z powodu wystąpienia zapalenia płuc, zastosował K. leczenie zachowawcze, polegające na zbliżeniu przerwanego mięśnia i rzepki przy pomocy przylepców. Dwa systemy przeplatających się skrawków przylepca, jeden na udzie, drugi w okolicy rzepki, którą ochraniała od odleżyny podłożona wata, ściągał K. stopniowo pętlami gumowemi, przewleczonemi przez otwory w wolnych końcach poszczególnych pasków przylepca. Po 2 miesiącach nastąpił zupełny zrost przez silną bliznę i czynności prawidłowe. Dowodzi to, że i ten sposób, już zarzucony i potępiony, przy umiejętnem zastosowaniu wiedzie do doskonałego wyniku. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Bommes. **Zwichnięcia w stawie Lisfranca.** *(Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 44). Zwichnięcia w stawie Lisfranca (*tarsometatars.*) należą do rzadkości z powodu budowy anatomicznej. Opisano ich 34; B. dodaje jeszcze jedno. Najczęstsze są zwichnięcia ku górze. Powstają często przy skoku z wysokości na palce. Rzadziej występują zwichnięcia ku tyłowi. Zwichnięcia boczne łączą się zwykle ze złamaniem drugiej kości śródstopia. — B. spostrzegał boczne zewnętrzne zwichnięcie ze złamaniem trzeciej kości śródstopia. Odprowadzenie zwichnięcia zwykle łatwo się udaje. W razie przeciwnym leczyć należy ortopedycznie. *Klęsk.*

Kofmann. **Łatwa operacya porażnej stopy szpotawej.** *(Zeitschr. f. orthop. Chir.* XVIII. 1 i 2). Zewnętrzną połowę rozszczepionego ścięgna Achillesa aż do brzuśca odcina K. od guza kości piętowej, przeprowadza podskórnie po zewnętrznej stronie obok kostki zewnętrznej, następnie pętlą, utworzoną z rozszczepionego końca, obejmuje mięsień prostujący wspólny i palucha poniżej więzadła krzyżowego. Mięsień prostujący wspólny skraca silnie szwem fałdowym, m. prostujący palucha zaś tylko w słabym stopniu, nakoniec celem nadania nowoutworzonemu ścięgnu należytego przebiegu, przymocowuje je dwoma szwami powyżej więzadła krzyżowego do m. prostującego wspólnego. Pozostałą połowę ścięgna Achillesa przedłuża w miarę potrzeby sposobem Bayera. *Kasprzyk* (Berlin).

Aberle. **Wybór odpowiedniej pory do poprawy skrzywień krzywiczych.** (*79. Zjazd niem. lek. i przyr. w Dreznie.* Wrzesień, 1907). A. w leczeniu skrzywień krzywiczych, trzyma się następujących zasad: 1) wyczekuje, aż przejdzie właściwy rozwój choroby, t. j. mniej więcej do czwartego roku życia; 2) w razie braku powikłań pozostawia skrzywienie samowyleczeniu nawet u starszych dzieci; 3) przystępuje do zabiegu wtedy, gdy skrzywienie zamiast zmniejszać się, powiększa się stale, lub gdy występują prócz skrzywienia głównego, silne skrzywienia wyrównawcze w przeciwną stronę; 4) w przypadkach ciężkich najlepszym sposobem operowania jest podskórne przecięcie kości z następowemi zaginaniami. *Klęsk.*

Chlumsky. **Przyczynek do pochodzenia i leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa.** *(Zeitschr. f. orthop. Chir.* 18, 1—2). Z 500 przypadków, spostrzeganych przez siebie w ostatnich czasach, jedynie w niespełna 80 mógł Ch. wykazać jako przyczynę czynniki nawykowe różnego rodzaju, natomiast w większej części przypadków, i to właśnie u dzieci, gdzie czynniki te nie wchodzą w rachubę, napotykał najcięższe postacie skrzywień kręgosłupa. W 200 blizko przypadkach i to w bardzo młodym wieku, stwierdził Ch. skrzywienie pojedyncze zwykle w stronę lewą, w reszcie przypadków, i to zwykle po 10. roku życia, skrzywienia złożone, w równym mniej więcej stosunku na obydwie strony. Te spostrzeżenia przemawiają za pierwotnie jednostronnem występowaniem skrzywień i to jeszcze przed okresem szkolnym. U bardzo wielu chorych stwierdził Ch. dziedziczność utrzymującą się przez kilka pokoleń, pojawianie się tych samych postaci skrzywienia u członków jednej rodziny, nadto prawie u wszystkich różnego rodzaju zmiany dziedziczne i zaburzenia, czy to fizyczne, czy psychiczne, jak różne psychozy, choroby ogólne, pijaństwo, życie niehigieniczne (żydzi), co przemawia za tem, że skrzywienia kręgosłupa boczne są objawem ogólnego schorzenia ustroju i że większość dzieci przynosi ze sobą na świat skrzywienie, jako »*vitium primae formationis*«. Oprócz zaburzeń i nieprawidłowości psychicznych, zwraca Ch. uwagę na występujące bardzo często pewne nieprawidłowości w budowie kośćca, jak nierówności kończyn dolnych (zwykle lewa dłuższa), nierówne ustawienie kolców górnych przednich, stopa płaska, szpotawa, koszlawa, kolano szpotawe, koszlawe, różne ustawienie krętarzy, wskazujące na nierówny rozwój szyjki uda, panewki i miednicy. Wszystkie te objawy z wiekiem, t. j. z postępem rozwoju kośćca, uwydatniają się wyraźniej. We wszystkich tych przypadkach zwraca uwagę stosunkowo nieznaczne skręcenie kręgosłupa, mimo znacznego wygięcia, inne natomiast formy wyszczególniają się silnem skręceniem kręgosłupa, krótkiem wygięciem lędźwiowem, dużym łukiem powyżej, bez objawów na miednicy i kończynach dolnych. Leczenie w przypadkach pierwszego rodzaju jest łatwiejsze, zwłaszcza przy delikatnym kośćcu; natomiast drugi rodzaj, odznaczający się silną budową kośćca, jest do leczenia trudniejszy. Leczenie, skierowane przeciw samemu skrzywieniu w pierwszym rzędzie, uwzględniało również i inne ogólne zboczenia przy pomocy różnych zabiegów i przyrządów. *Kasprzyk* (Berlin).

Schanz. **Typowe cierpienie kręgosłupa: niesprawność.** (*Insufficientia vertebrae*). (*Berl. klin. Wochs.* 1907, Nr 31). Chorzy, dotknięci tem cierpieniem, skarżą się zwykle na bole żołądka, brzucha lub piersi. Badanie przedmiotowe stwierdza jednakże prawidłowy stan wszystkich tych narządów, natomiast bolesność uciskową i przy opukiwaniu kręgosłupa, i to najczęściej środkowych kręgów piersiowych, często kręgów lędźwiowych, żeber, miednicy, wreszcie rzadziej innych części kręgosłupa. Stale natomiast stwierdza się bolesność przy ucisku na trzony kręgowe od strony brzucha, niekiedy przy słabym ucisku na tętnicę główną występuje ból równocześnie z tętnem. Zmian kręgosłupa, pozwalających przypuścić inne znane cierpienia, stwierdzić nie można, natomiast z czasem rozwija się następowo neurastenia i za nią zwykle to cierpienie dotąd brano. Cierpienie to występuje po chorobach, podkopujących stan ogólny, w każdym wieku, częściej u kobiet (blednica, ciąża itp.), często po urazie. Obraz chorobowy, przebieg, etyologia i wyniki leczenia przemawiają za tem, że jest to cierpienie analogiczne do stopy płaskiej, a więc występujące tam, gdzie zachodzi niestosunek między obciążeniem, a wytrzymałością kręgosłupa, gdzie sprawność nie odpowiada wymogom statycznym; to też leczenie musi zmierzać do wyrównania tego niestosunku. Oprócz środków ogólnych w celu wzmocnienia ustroju wskazanem jest w przypadkach lżejszych miesienie, w cięższych ciepło w każdej postaci i odpowiedni przyrząd w rodzaju gorsetu według własnego pomysłu Sch., który ma tę dodatnią stronę, że jest tani i nadzwyczaj prosty. Dla cierpienia tego proponuje Sch. nazwę: niesprawność kręgosłupa (*insufficientia vertebrae*). *Kasprzyk* (Berlin).

Motta. **Końcowe wyniki plastyki kości piętowej przy niektórych rodzajach stopy szpotawej wrodzonej.** *(Zeitschr. f. orthop. Chir.* XVIII. 1. 2). Zabieg ten polega na odcięciu guza kości piętowej, po przecięciu ścięgna Achillesa, na odchyleniu go ku dołowi w celu uzyskania przedłużenia stopy ku dołowi i lepszej podstawy dla oparcia i na obszyciu odchylonego odcinka

dolnym końcem ścięgna. Sposób ten zastosowany przed kilku laty, dał autorowi wynik doskonały, nadaje się zaś przy tych rodzajach stopy szpotawej wrodzonej, gdzie guz tylny jest bardzo słabo rozwinięty (stopa bez pięty), gdzie wskutek niemożności sprowadzenia go ku dołowi i uzyskania należytego oparcia ciągle następują nawroty, nawet po metodycznem zastosowaniu wszelkich innych sposobów bezkrwawych. *Kasprzyk* (Berlin).

Neurologia.

Nageotte. **O neurofagii w przeszczepionych zwojach międzykręgowych.** (*Rev. neurol.* 1907, Nr 17). W przeszczepionych zwojach międzykręgowych komórki nerwowe jedne zamierają zaraz, drugie ulegają obumarciu dopiero po szeregu dni. Współcześnie z obumieraniem komórek ulegają one pożarciu. Rolę fagocytów odgrywają tu, jak zwykle, ciałka białe wielojądrzaste, obok zaś nich jako makrofagi są czynne komórki gwiaździste Cajala. To jest właśnie swoiste dla neurofagii, rozgrywającej się w zwojach międzykręgowych. Komórki Cajala leżą w liczbie 3 do 4 na obwodzie komórek zwojowych pod torebką, utworzoną z komórek śródbłonkowych, zwanych też podtorebkowemi. Jądro komórek Cajala w postaci cienkiej blaszki przylega, podobnie jak cieńsze, a dość długie wypustki, do obwodu komórki nerwowej, one też zostają przy ciele komórkowem, gdy ono, kurcząc się pod wpływem środków utrwalających, odstaje od torebki wraz z komórkami śródbłonkowemi. Neurofagia dokonywa się w ten sposób, że wypustki komórek Cajalowskich żłobią tu niejako kanały w ciele obumierającej komórki, w kanaliki te wsuwa się z czasem cała komórka Cajala. Jej wypustki ujmują jądro, obejmują części protoplazmy i wchłaniają je. Równocześnie z przebiegiem tej sprawy występują kropelki tłuszczu w komórkach śródbłonka podtorebkowego, które na razie zachowują się biernie, i co najwyżej zaczynają pęcznieć. Dopiero po wchłonięciu komórki zwojowej przez makrofagi Cajala, zaczynają bujać i wypełniają miejsce, które przedtem zajmowała komórka nerwowa. Na skrawkach, wziętych z kawałków barwionych srebrem, widać bardzo znamienne ułożenie kanałów, powstających przy neurofagii. Przypominają one utkanie t. zw. *trophospongium*, t. j. kanałów Holmgrena. N. przypuszcza między innymi, że wypustki makrofagów rozprzestrzeniają się szlakiem prawidłowo już istniejących kanalików Holmgrena, które rozszerzają i stąd poczynają dzieło wchłonięcia komórki.

Orzechowski (Wiedeń).

Sarbó. **Leczenie wiądu rdzenia według nowszych zasad.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, 43). Chociaż leczenie przeciwkiłowe w przypadkach rozwiniętego wiądu rdzenia nie wywołuje widocznego skutku, nie powinno się jednak leczenia tego całkiem odrzucać, lecz należy stosować je zawsze, gdy rozpoznanie wiądu nastąpiło we wczesnym okresie choroby. Wczesne rozpoznanie wiądu rdzenia należy dzisiaj do zadań nietrudnych. Jednym z najwcześniejszych jest objaw Argyll-Robertsona, (brak odczynu źrenicy na światło i brak odczynu konsensualnego przy utrzymanej akomodacyi). Objaw ten może świadczyć albo o kile, albo o wiądzie rdzenia, albo o porażeniu postępowem. We wczesnych okresach wiądu często napotykane znamienne bole, łącznie z poprzednim objawem, przemawiają zawsze za rozpoczynającym się wiądem rdzenia. Obok tych objawów mogą wystąpić wczesne napady żołądkowe (*crises gastriques*), objawy pęcherzowe, porażenia mięśni oka. Oprócz tego należy zwracać uwagę na odruchy ścięgniste, przyczem S. radzi zwracać baczniejszą uwagę na odruchy ścięgien Achillesa, które we wczesnych okresach wiądu częściej znikają, aniżeli odruchy kolanowe. W tych wczesnych okresach stosuje S. wcierania szaruchy 5—4 grm. dziennie, dopóki chory nie wetrze 30—40 grm. maści; jeżeli tę ilość znosi chory dobrze, to wciera się szaruchę dalej, aż do 120—160 grm. Następnie podaje się przez 2 miesiące jodek potasu 1·50—2 grm. dziennie. Po upływie tego czasu powtarza S. znowu wcierania w tej samej ilości, tak że chory łącznie otrzymuje 320 grm. rtęci. W drugim roku powtarza się to leczenie. Dalsze postępowanie polega na pouczeniu chorego co do ogólnego zachowania się. Chorzy, u których stwierdzono powyższe wczesne objawy, powinni unikać wysiłków fizycznych, mięśniowych, dalej wysiłków nerwowych i fizycznych; te wysiłki usposabiają szczególnie do wybuchu porażenia postępowego. Chorzy, który zawodowo pracują dużo nogami, powinni zmienić zawód. S. stwierdził, że u osób, stosujących się do tych rad, okres bezładu występuje o wiele później. Również powinien chory unikać wysiłków mięśniowych kończyn górnych; wzbronić należy nadużyć płciowych i polecić choremu częste opróżnianie pęcherza moczowego. Również niekorzystnie, jak wysiłki fizyczne, działają zatrucia, jak wyskokiem, lub z kiszek przy uporczywem zaparciu stolca. Przy przeszywających bolach w kończynach dolnych wzbronić należy kąpieli ciepłych. Bardzo wskazane są półkąpiele, o 26—24° R., z następowem nacieraniem. Miesienie całego ciała jest wskazane. Z leków wewnętrznych można podawać środki skrzepiające [*tonica*], chininę, arsen, *syrupus hypophosphit.* Stosowanie prądu galwanicznego na chore kończyny wywiera dobry skutek. Prąd faradyczny stosuje S. tylko przy zmianach w czuciu. Jeżeli bole w kończynach dolnych są bardzo znaczne, podaje środki przeciw nerwobolom w dużych dawkach. Przy silnych napadach żołądkowych stosuje: *cerium oxalicum* 0·20 *pro dosi* 8 razy dziennie, *aluminium chloratum* wewnętrznie lub podskórnie, w przypadkach uporczywych trzeba się jednak uciec do morfiny. Do zwalczania bezładu poleca S. postępowanie Frenkla i strychninę wewnętrznie, którą latami podawać można. Oprócz tych wszystkich leków i sposobów należy w szerokim zakresie stosować leczenie psychiczne. *Pisarski.*

Diemidow. **W sprawie działania bornywalu.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 17). Na podstawie swoich badań doszedł D. do następujących wniosków: 1) Bornywal u zimnokrwistych w małych i średnich dawkach (0,01—0,02) podnieca narząd nerwowy ośrodkowy, wywołuje wzmożenie odruchów, w dawkach zaś trujących wywołuje drgawki. 2) Bornywal nie poraża zakończeń nerwów ruchowych u zimnokrwistych. 3) Na serce żaby działa bornywal początkowo podniecająco, następnie zaś porażająco. 4) U ciepłokrwistych podnieca bornywal ośrodkowy narząd nerwowy, wywołuje drgawki; po podnieceniu następuje spokojny stan senny. 5) Na oddech bornywal prawie nie działa. 6) Ciepłota skóry podnosi się, wewnętrzna zaś nieco się obniża. 7) Ciśnienie krwi z początku nieco zwiększa się, potem się obniża. 8) Na mięśnio-nerwowy układ wyosobnionego serca ciepłokrwistych działa bornywal porażająco bez uprzedniego podniecenia. 9) Bornywal i na ciepłokrwistych i na zimnokrwistych działa w jednym kierunku i tem się różni od borneolu, który u ciepłokrwistych podnieca, u zimnokrwistych poraża ośrodkowy narząd nerwowy. 10) W praktyce lekarskiej uważać należy bornywal za środek uspokajający i pokrzepiający. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 6. listopada 1907.

Przewodniczy prezes prof. Rosner. Obecnych członków 30.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Na interpelacyę Prof. Ciechanowskiego, kiedy komisya, utworzona po odczycie kol. Piotrowskiego dla sprawy położnych w Galicyi, przedłoży swe wnioski, odpowiada prezes, iż w najbliższym czasie.

3) Prym. Borzęcki przedstawił przypadek **„dermatitis herpetiformis (Duhring)“.**

4) Kol. Radliński przedstawił przypadek **choroby Littlea,** leczony wstrzykiwaniami wyskoku w nerwy.

5) Kol. Doc. Gliński przedstawił i omówił:

a) Okaz **gruczołu tarczowego w niewłaściwem miejscu.** Przypadek dotyczył 35-letniej kobiety, zmarłej na zapalenie otrzewnej w następstwie skręcenia jelit. U kobiety tej najdokładniejsze badanie nie zdołało wykryć gruczołu tarczowego lub jego pozostałości w miejscu zwykłem, natomiast **na korzeniu języka** poza trójkątem, utworzonym przez brodawki okolone, a więc w miejscu, odpowiadającem ślepemu otworowi (*foramen coecum*) znajdował się guz wielkości kasztana, pokryty przez błonę śluzową, wypuklający się do jamy gardłowej i częściowo uciskający od góry nagłośnię; badaniem mikroskopowem stwierdzono, iż guz ten ma typowe utkanie gruczołu tarczowego. W przypadku tym więc w zwykłem miejscu nie wytworzył się zupełnie gruczoł tarczowy, a natomiast rozwinął się ten gruczoł na korzeniu języka, powstał więc obraz t. zw. *struma vicaria ad radicem linguae.* Powstanie tej nieprawidłowości łatwo się tłómaczy zaburzeniami w rozwoju gruczołu tarczowego, co prelegent dokładniej uzasadnia. Poza wielką rzadkością tego rodzaju zboczeń rozwojowych (w r. 1905 Meixner zebrał z piśmiennictwa zaledwie 34 przypadki), przypadek prelegenta zasługuje na uwagę z następujących względów: 1) Mimo całkowitego braku gruczołu tarczowego dotknięta tą wadą kobieta dożyła 35 lat bez wszelkich obja-

wów t. zw. obrzęku śluzowatego (*myxoedema*) i zmarła z przyczyn, zupełnie niezależnych od tego braku, a więc usadowiony na korzeniu języka guz spełniał zastępczo całkowicie zwykłą czynność gruczołu tarczowego. 2) Wobec znacznych rozmiarów guza na języku łatwo mógł on dawać powód do zaburzeń w połykaniu i oddychaniu, wyłuszczenie zaś tego guza w tym przypadku było niemożliwe ze względu na całkowity brak gruczołu tarczowego w zwykłem miejscu; przypadek ten więc powinien być przestrogą dla chirurga, aby w podobnych przypadkach nie usuwać podobnych guzów na języku bez poprzedniego dokładnego zbadania, czy gruczoł tarczowy znajduje się lub nie w miejscu zwykłem, gdyż łatwo wtedy wywołać u chorego zmiany, występujące stale po całkowitem usunięciu gruczołu tarczowego w postaci t. zw. *cachexia thyreopriva*, co zresztą w rzeczywistości kilkakrotnie już się zdarzyło.

b) Okaz **mięsaka w sutku** 23-letniej kobiety, przerastającego na żebra i opłucną ścienną.

6) Kol. Radliński miał wykład p. t.: **Modyfikacye operacyi Bassiniego i operacyi żylaka powrózka nasiennego w związku z wynikami badań nad tętnicami jądra.** (por. pracę, wydaną w zeszycie III »Rocznika lekarskiego« p. t. »Unaczynienie tętnicze powrózka nasiennego i jądra. Zastosowanie wyników badań do zabiegów dotyczących powrózka nasiennego«). W dyskusyi zabrał głos Prof. Kader.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVIII. Posiedzenie d. 15. listopada 1907.

(W klinice chirurgicznej).

I. R. dw. Rydygier wykonał operacyę **wyjęcia kuli rewolwerowej przy oświetleniu Roentgena.** Chorego ułożono w tym celu na stole, służącym do prześwietlania (trochoskop).

II. Dr Jedlicka okazał szereg **rentgenogramów.**

III. R. dw. Rydygier demonstrował **rektoromanoskopię.**

Witold Ziembicki.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie d. 4. października 1907.

1) Dr Pomorski przedstawia **nowotwór śliniauki,** wielkiej objętości, który wyjął w szpitaliku św. Józefa.

2) Dr Mieczkowski przedstawia **wyrostek robaczkowy,** który tegoż dnia wyjął. W środku widać miejsce zgorzelinowe, w którem tkwi grudka metalowa w postaci plomby. M. stoi na tem stanowisku, że jeśli przy zapaleniu wyrostka w przeciągu 48 godzin objawy nie ustąpią, należy operować. — Dr Łazarewicz zaznacza, że obecnie także Sonnenburg jest znacznie więcej zachowawczym. — Dr Święcicki wspomina o badaniach Miecznikowa na małpach; wynikiem ich było odkrycie pewnych drobnoustrojów, które dostając się do ustroju z niedość oczyszczoną sałatą, mają wywoływać zapalenie okątnicze. Przypuszczać należy, że istniało tu miejsce mniejszej odporności, spowodowane n. p. obcem ciałem. — Dr Pomorski uznaje tylko zapalenie, wywołane przez samo ciało obce, sprawiające zapalenie wokoło siebie.

3) Dr Kapuściński, obrany przewodniczącym, udziela głosu Dr Pomorskiemu do odczytu: **O 500 przypadkach tracheotomii przy dławcu.** Statystyka przy dławcu niezawsze daje jasny obraz ze względu na liczne zmiany warunków, w których nieraz operować należy. W szpitaliku św. Józefa wykonano przeszło 500 tracheotomii, z których 284 przypada na ś. p. Dr Drobnika, 227 na prelegenta. Odkąd zaczęto stosować surowicę, statystyka śmiertelności zmienia się znacznie na korzyść. Z pierwszej seryi (przedsurowiczej) zmarło 97 czyli 30%, z drugiej seryi tylko 20%. P. trzyma się metody tracheotomii dolnej, operuje zaś o ile możności w drugim okresie, gdy jeszcze nie zagraża zapalenie płuc. Mimo, że surowica (im rychlej wstrzyknięta, tem lepiej), działa bardzo korzystnie, jednakowoż bez tracheotomii obyć się nie podobna.

W dyskusyi przypomina Dr Święcicki wykład ś. p. Dra Drobnika przed szeregiem lat, w którym tenże zwracał uwagę na większą śmiertelność dzieci przy dławcu wiosennym, niż przy jesiennym, tłómacząc ją tem, że ustrój dzieci przez zimowe miesiące ucierpiał. S. zapytuje się prelegenta, czy zauważył tę okoliczność. Następnie przypomina demonstracyę ś. p. Dr Koehlera, dotyczącą intubacyi, która obecnie jeszcze w Berlinie jest na porządku dziennym. Justi zauważył, że 3%, kolargol penzlowany przy dławcu, działa bardzo korzystnie. S. radzi spróbować tego silnego katalizatora. — Dr Adamczewski zaznacza, że istotnie intubacyę stosuje się bardzo często w Berlinie i w Wiedniu, jeżeli chore dziecko znajduje się w odpowiednim stanie. Metoda ta bardzo jest dogodną przez to, że unika się rany i krwawej operacyi, można ją jednak stosować jedynie w zakładach. Jeśli się surowicę wstrzyknie przed objawami dławca, to można wstrzymać wybuch choroby. — Dr Gantkowski podaje, że na uniwersytecie w Würzburgu Seiffert chwalił bardzo intubacyę. Uważa ją jednak za zabieg trudny, a w ręku niedoświadczonego wprost niebezpieczny. — Dr Dembiński potwierdza techniczną trudność intubacyi, czemu zaprzecza Dr Adamczewski. — Dr Święcicki wspomina, że Dr Jodłowski widział u Tunguzów, jak zakładali przy dławcu gęsie pióro do krtani. — Dr Łazarewicz nie uważa intubacyi za zabieg zbyt trudny. Zapytuje prelegenta o jego poglądy co do etyologii dławca i błonicy. — Dr Mieczkowski zapytuje o uśpienie przy operacyi, Dr Skoczyński zaś, czy który z kolegów ma osobiste doświadczenia co do intubacyi. — Dr Dziembowski widzi wielką różnicę w praktyce między dławcem, a błonicą. — Dr Kapuściński radzi od razu wstrzykiwać wielką ilość surowicy. Wspomina o przypadku, gdzie wyniesienie dziecka na zimne powietrze podziałało korzystnie.

Dr Pomorski odpowiada na postawione zapytania: W istocie można zauważyć większą śmiertelność na wiosnę, choć i jesienią zdarzają się ciężkie przypadki. Rokowanie operacyi się pogarsza, gdy zajęte są płuca lub gdy jest białkomocz. P. nie zajmował się intubacyą, uważa tracheotomię za lepszą ze względu na bardzo ważne leczenie następcze w szpitalu. Ze środków do penzlowania przyznaje kolargolowi wielkie zalety; wspomina, że ś. p. Dr Osowicki stosował sześciochlorek żelaza (*liq. ferri sesquichlorati*) 1%. P. nie używa penzlowania, natomiast stosuje zasypywanie sozojodolu z siarką (*flores sulfuris*). Uśpienie stosuje zasadniczo, w niektórych jednak przypadkach można się bez niego obejść. W jednym przypadku udało się mowcy przez sztuczne oddychanie po 3 kwadransach przywrócić dziecko do życia. Piórka już w przeszłym wieku używali Breton i Trousseau, można go użyć w ostatniej chwili do oderwania błon, P. uważa je jednak za broń obosieczną. Ogólnie dziś przyjęto jedność etyologiczną dławca i błonicy. Rodzeństwo chorych dzieci należy zawczasu szczepić surowicą podczas choroby w domu.

Dr Adamczewski dodaje, że tylko małym dzieciom należy wstrzykiwać surowicę celem uodpornienia, starszym można wstrzyknąć z chwilą rozpoczęcia się choroby. — Dr Dziembowski zwraca uwagę, że odporność trwa tylko dwa tygodnie po wstrzyknięciu, potrzebne jest więc także odkażanie. — Dr Łazarewicz poleca do penzlowania novargan, który w zasadowym rozczynie głęboko wnika w tkanki. Prątki błonicze leżą dość powierzchownie, można je więc penzlowaniem zniszczyć. — Dr Dziembowski w razie wstrzyknięcia surowicy uważa penzlowanie za niepotrzebne. — Dr Pomorski uważa jednakowoż miejscowe leczenie (zasypywanie) za korzystne.

4) W wolnych głosach Dr Karwowski, poparty przez Dr Święcickiego, prosi kolegów o współdziałanie w Towarzystwie społeczno-higienicznem, mianowicie zachęca do udziału w popularnych odczytach z higieny i do współpracownictwa w bezpłatnej lecznicy Towarzystwa. Prawie wszyscy obecni obiecują poparcie dążeń Towarzystwa.

Dr Adam Karwowski.

Koło lekarskie polskie w Petersburgu.

Posiedzenie nadzwyczajne d. 9/22. X. 1907 r.

Posiedzenie otwiera wiceprezes Prof. Zaleski, zaznaczając, iż posiedzenie to będzie poświęcone wyłącznie sprawom, związanym z pamięcią zgasłego prezesa Dra Strawińskiego.

I. Wiceprezes Prof. Zaleski podaje do wiadowości, iż komitet w imieniu »Koła« ogłosił o zgonie prezesa w kilku dziennikach i złożył na trumnie zgasłego wieniec srebrny ze stosownym napisem, co zgromadzenie jednomyślnie zatwierdza.

II. Prof. Ziemacki wnosi, by zebrać fundusz im. Strawińskiego, który mógłby być przeznaczony na stypendyum lub nagrody. Mowca sądzi, iż fundusz zbierać należy w szerokich kołach i wśród licznych pacyentów i znajomych zmarłego. Dr

Wolański jest zdania, że należy zachować pewną ostrożność i nieoznaczać z góry celu funduszu, a dopiero zależnie od zebranej kwoty obrać ten lub ów cel. Dr Wierciński sądzi, iż należy zbierać składki tylko w kole Polaków i że najstosowniej byłoby złożyć zebraną kwotę na łóżko imienia Strawińskiego w szpitalu polskim, który ma z czasem stanąć w Petersburgu, albowiem to była myśl Strawińskiego. Dr Zakrzewski oświadcza się przeciw ograniczeniu składek tylko do kolonii polskiej. — Zebranie jednomyślnie uchwala powszechne zbieranie składek, upoważniając do tego komitet, na wniosek zaś Doc. Sowińskiego, który podnosi, iż komitet wogóle jest obarczony sprawami bieżącemi i że w sprawie, mającej ogólne znaczenie, nie należy usuwać od udziału i innych członków, zaprasza zebranie do udziału w tej sprawie Drów: Zakrzewskiego, Kamieńskiego, Popławskiego i Eljassona.

III. Doc. Sowiński wnosi, aby postawić w sali posiedzeń popiersie zmarłego według maski pośmiertnej. Zebranie jednomyślnie uchwala ten wniosek, upraszając o zajęcie się tą sprawą Prof. Zaleskiego i Doc. Sowińskiego.

IV. Na wniosek Dr Wiercińskiego i Dr Ulińskiego zgromadzenie uchwala prosić bezzwłocznie wileńskich kolegów o spotkanie zwłok zmarłego, przewożonych do gubernii kowieńskiej i o odprowadzenie ich imieniem »Koła« na miejsce spoczynku.

V. Uproszono prof. Zaleskiego, by wygłosił w imieniu »Koła« mowę na dworcu kolejowym.

VI. Prof. Zaleski podaje do wiadomości »Koła«, iż na posiedzeniu komitetu postanowiono zaprosić także i znanych przyrodników do przyjęcia udziału w nowo powstającym »Związku« na prawach członków. Komitet sądzi, iż w taki tylko sposób uda się stworzyć i Związek przyrodników, w przeciwnym zaś razie lekarze pozostaną sami w Związku. — W sprawie tej zabierali głos: Dr Zakrzewski, Prof. Ziemacki i Doc. Orłowski.— Wniosek komitetu co do zaproszenia przyrodników uchwalono, zaś obmyślenie sposobu wykonania wniosku odroczono do następnego posiedzenia.

VII. Protokół posiedzenia z d. 8/21. maja 1907 zatwierdzono.

Sekretarz: *Zdzisław Sowiński.*

W sprawie ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

Prof. Dr Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

I nietylko to. Pragnąćby należało, aby odrazu przy uchwalaniu ustawy można uzyskać zapewnienie pomocy rządowej dla kraju co do ciężarów, jakie na kraj wskutek nowej ustawy nagle spaśćby mogły. Mam tu mianowicie na myśli n. p. pewne urządzenia, które już w innych prowincyach Austryi powstały kosztem krajów, a których nam brak zupełnie, lub które dopiero zwolna tworzymy. Zasady ustawy, opracowane przez Najwyższą Radę zdrowia, nie liczą się n. p. zupełnie z tem, że organizacya t. zw. okręgowej służby zdrowia jest u nas dopiero w toku, gdy gdzieindziej jest ona już ukończona w postaci rozsianych po całym kraju posterunków lekarskich, zajmowanych przez t. zw. »Gemeindeärzte«. Otóż obawiać się można, że po uchwaleniu ustawy według zasad, podanych przez Najw. Radę zdrowia, zaszłaby konieczność niezwłocznego uzupełnienia sieci »okręgówek«. Gdyby to nie nastąpiło, to wówczas już n. p. donoszenie o chorobach zakaźnych (według nowej ustawy) musiałoby u nas bardzo szwankować, a podlegając ustawowej karze, ściągać na ludność naszą znaczne brzemię grzywien i t. d. Wobec tego, że choroby zakaźne grasują u nas wogóle więcej, niż w innych krajach Austryi, spadnie też i ustawowy obowiązek donoszenia na naszą ludność w rozmiarach większych, niż gdzieindziej, chociaż nie jest naszą winą, że jako kraj pograniczny jesteśmy więcej od innych krajów trapieni chorobami zakaźnemi przedewszystkiem wskutek zawlekania się ich od sąsiadów, ani, że nawet tam, gdzie podłożem dla chorób zakaźnych jest tylko nędza i nizka kultura naszej ludności, źródło tego tkwi w wiekowem zaniedbaniu kraju przez biurokratyczne rządy przedkonstytucyjne. Referent Najw. Rady zdrowia wyobraża sobie, że doniesienia o chorobach zakaźnych wpływać będą do lekarzy gminnych, a ci znów zawiadamiać mają dalej władze polityczne i czynić pierwsze zarządzenia. Ale jakżeby też to wypadło u nas tam, gdzie najbliższy lekarz okręgowy mieszka daleko od zakażonej gminy, a ludność i »zwierzchność« tej gminy ciemna, zabobonna i biedna, nietylko nigdy nie wzywa lekarza, ale jeszcze stara się często nawet chorobę zataić? Dla częściowego przynajmniej zrównoważenia takich stosunków byłoby wobec nowej ustawy ukończenie nowej organizacyi okręgowej służby zdrowia konieczne. Ale nawet najostrzej krytykując postępowanie Sejmu i nawołując do przyspieszenia żółwiej dotąd akcyi w tym względzie, niepodobna się łudzić, by kraj zniósł taki ciężar finansowy, jakimby było dokończenie tego dzieła odrazu, za jednym zamachem. Jeżeliby tedy nowa ustawa miała się oprzeć na tych zasadach, jakie w tym punkcie podała Najw. Rada zdrowia, to zdawałoby się rzeczą słuszną uzyskać od rządu albo wydatny przyczynek pieniężny na okręgową służbę zdrowia, albo znaczne pomnożenie sanitarnych placówek rządowych tak, aby można odrazu stworzyć sieć służby sanitarnej, wystarczającą na wymogi nowej ustawy.

Wprawdzie referent Najw. Rady zdrowia oświadcza, że najwłaściwszem byłoby, gdyby skarb państwa pokrywał wszystkie koszta zwalczania chorób zakaźnych, nawet koszta asanacyi, ciążące dotąd wraz z obowiązkiem asanacyi na własnym, autonomicznym zakresie działania gmin. Ale nie łudźmy się! Takie żądanie pozostanie na zawsze »*pium desiderium*«, a sama Najwyższa Rada zdrowia naprawdę chyba nie wierzy w jego spełnienie się, skoro wyraźnie podnosi potrzebę ścisłego w ustawie określenia, które koszta mają ponosić strony prywatne, które gminy, a które skarb państwa. Gdyby zaś nawet istotnie rząd poszedł za opinią Najw. Rady zdrowia i koszta zwalczania chorób zakaźnych według nowej ustawy wziął na siebie, toć bez osobnych starań nie zaliczy do nich prawdopodobnie kosztów tych urządzeń, które w mniemaniu referenta Najw. Rady zdrowia są już wszędzie gotowe, a które nowa ustawa ma tylko do swych celów zużytkować.

Okręgowa organizacya sanitarna, to tylko jeden taki przykład. Obawiać się można, że ustawa (resp. rozporządzenie wykonawcze), jeżeli obejmie te zasady, które podała Najw. Rada zdrowia, zmusi kraj nasz do wielu innych wysiłków, do nagłych nakładów na rzeczy, które gdzieindziej już wykonano (a tam wykonywano stopniowo). »Zasady« Najw. Rady zdrowia mówią n. p. o szpitalach powiatowych (u nas niema jeszcze szpitali większość powiatów), o codziennem odwiedzaniu przyjezdnych z okolic zakażonych przez lekarzy i t. d. Są to wszystko rzeczy bardzo słuszne i do skutecznej walki z chorobami zakaźnemi konieczne, ale ustawa i rozporządzenia wykonawcze, obejmujące takie zasady, chyba wtedy tylko dadzą się ściśle wykonać w naszym niezamożnym kraju, jeżeli skarb państwa przyjdzie tu z wydatną pomocą. Takie różne postulaty kraju, których nie może zaspokoić żadna zmiana w samem brzmieniu ustawy, które leżą poza nią, ale powinny być załatwione przy niej, należy już teraz rozważyć.

Już Dr Mikołajski w »Głosie lekarzy«, a za nim »Kuryer lwowski« podniósł słusznie, że przy uchwalaniu ustawy nasuną się pewne pytania, których rozstrzygnięcie, zależąc nietylko od sanitarnych, ale i od politycznych względów, może nasunąć znaczne trudności. Chodzi tu przedewszystkiem o granicę, jaka w nowej ustawie ma być pociągniętą między zakresem autonomicznym, a zakresem działania władz rządowych. Jeżeli nowa ustawa ma mieć rzeczywisty skutek, to, zdaniem obu referentów (ministerstwa i Najw. Rady zdrowia), nie można nadal znacznej części agend sanitarnych pozostawiać wyłącznie w ręku autonomii gminnej, która jest (w całej Austryi) pod tym względem i niedość światła i niedość sprężysta, lecz trzeba autonomię co do spraw sanitarnych znacznie ograniczyć, a władzom rządowym centralnym zapewnić znacznie większy wpływ bezpośredni.

To, co tu powiedziano o niedołęstwie autonomii gminnej na polu sanitarnem w Austryi wogóle, to do Galicyi odnosi się w stopniu znacznie wyższym z tym jeszcze dodatkiem, że gmina nasza jest jednostką administracyjną bardzo drobną i słabą, że ma mniej środków, niż w innych, zamożniejszych krajach Austryi, a przez dotychczas istniejącą odrębność obszarów dworskich ponosić musi niejednokrotnie nieproporcyonalnie wielkie ciężary. Zadań, jakie ustawa o chorobach zakaźnych nałoży na gminy, autonomia nasza nie zdołałaby chyba wypełnić, ani znieść ciężarów z tem połączonych. Dlatego wprowadzenie ustawy o chorobach zakaźnych wiąże się niezmiernie ściśle z dwiema sprawami z zakresu politycznego: z reformą administracyjną, opartą na podwalinie gminy zbiorowej, wszechstanowej, jako jednostki o wiele silniejszej i w środki zasobniejszej, i z uzyskaniem dla

autonomii znaczniejszych środków materyalnych, odstąpionych jej przez rząd centralny z tych lub owych źródeł. Oba te postulaty trzebaby ze stanowiska lekarskiego uznać nawet wtedy za niezmiernie doniosłe, gdyby nowa ustawa o chorobach zakaźnych istotnie ograniczyła autonomię na polu sanitarnem; chociażby bowiem władze centralne uzyskały na tem polu większy wpływ bezpośredni, to jednak zawsze ostateczne wykonanie zarządzonych przez nie środków pozostać musi w ręku organów gminnych, a każdemu lekarzowi wiadomo, jak znaczny stopień sprawności musi być wymagany od egzekutywy sanitarnej, jeżeli ma być skuteczną, i jak znaczne nakłady są do tego konieczne.

Pod warunkiem wypełnienia obu tych postulatów, pod podniesionym przez Dra Mikołajskiego warunkiem gruntownej reorganizacyi autonomicznej służby zdrowia, możnaby pozostawić wobec nowej ustawy o chorobach zakaźnych politykom troskę o ocalenie »zasady« autonomii, do której w kraju tyle się przywiązuje znaczenia i która tak wielką rolę odgrywa w hasłach politycznych. Ale, o ileby te warunki nie zostały spełnione, lub były spełnione tylko częściowo, nie możnaby ze stanowiska lekarskiego odmówić słuszności żądaniom obu referentów: ministerstwa i Najw. Rady zdrowia, aby własny zakres działania autonomii w sprawach sanitarnych znacznie został ograniczony. Wszak codzienne przykłady pouczają, że nawet w naszych obu wielkich miastach dzieje się bardzo nieosobliwie; przy wybuchu chorób zakaźnych w szerszym rozmiarze, n. p. świeżo płonicy w Krakowie (to samo przed 2 laty we Lwowie) zaczynają oba miasta szukać wszelkich możliwych dróg, aby uniknąć otwarcia własnych szpitali epidemicznych, na które n. b. nie ma żadne z tych miast dotąd własnych budynków, zaczyna się spór z Wydziałem krajowym o zakres obowiązków sanitarnych i t. d. Troskę najwyższych autonomicznych władz o asanacyę kraju objaśnia sposób, w jaki Wydział krajowy traktuje w swem tegorocznem sprawozdaniu sejmowem sprawę zaopatrzenia gmin w zdrową wodę do picia. Najjaśniejsze i elementarne przepisy ustaw nie bywają w naszych miastach przez szeregi lat pomimo ostrych okólników Namiestnictwa wcale wypełniane (przypomnę tylko, jako przykład, liczbę lekarzy miejskich w Krakowie, nie zwiększoną od czasu, gdy miasto miało 50.000 mieszkańców).

Czy wobec tego możnaby się odważyć na to, aby ogólna, państwowa ustawa o chorobach zakaźnych dotyczyła tylko szczupłej liczby chorób najgroźniejszych, a troskę o cały szereg innych pozostawiała ustawodawstwu krajowemu i autonomii krajowej? Zdaje mi się, że nie. I dlatego, jeżeli ustawa ma być oparta na zasadach, podanych przez Najw. Radę zdrowia, powinnaby wymienić, jako podlegające obowiązkowi donoszenia także choroby poniekąd swoiście galicyjskie, czerwonkę i jaglicę, nie pozostawiając ich na nasz własny rachunek. W przeciwnym bowiem razie i zwalczanie ich, nieobjęte ustawą państwową, nie mogłoby się odbywać z taką sprężystością i z użyciem całego tego zasobu środków, jakich dostarczy ustawa państwowa do walki z innemi chorobami, w »Zasadach« Najw. Rady zdrowia wyraźnie wymienionemi. A cóż ostatecznie winna Galicya, że jako kraj graniczny narażona jest więcej na zawlekanie takich także chorób, które w innych krajach Austryi są rzadkością i nie mają nigdy większego znaczenia?

Już i tak obawiać się można, że z tytułu graniczenia z krajami, stanowiącymi źródło naszych najgorszych epidemii (Rosya, Węgry), spadną na Galicyę rozmaite ciężary, gdzieindziej nieznane lub mniejsze. Proponowany przepis, by władze okolic nadgranicznych miały stale wiadomości o ościennych stosunkach sanitarnych, obarczy urzędy galicyjskie większą czynnością, z tytułu której powinnyby one uzyskać szczególne pomnożenie sił urzędniczych. Wszakże urzędy te będą obowiązane wykonywać także nadzór nad przybyszami z zagranicy, zwłaszcza z okolic zakażonych; a przecież żaden kraj austryacki nie ma tego, co my, ruchu sezonowych robotników do Prus, Węgier, a po części i Rosyi, ruchu, który jest wprost nieustający w niektórych powiatach nadgranicznych, gdzie wielu robotników wraca do domu na każde święto i niedzielę. Przecież w samym r. 1904 wyjechało na sezon roboczy do Prus przez Oświęcim 34.359, a pierwszej połowie r. 1905 nawet 53.415 osób z Galicyi (Droba i Kucera. »Rocznik lek.« T. I. Z. 1. str. 90, 91). Wspomniane w »Zasadach« Najw. Rady zdrowia odkażanie przedmiotów podejrzanych, przywożonych z zagranicy, wymaga, by nasze granice, niezmiernie długie, były zaopatrzone w odpowiednie aparaty i w wykształcony personal w większej mierze, niż którykolwiek inny kraj koronny. Znowu obawiać się można, by na kraj nasz nie spadły z tego tytułu większe, a nie zasłużone ciężary, bo uwaga referenta ministerstwa, że około r. 1880 często przerzucano na gminy nadgraniczne ciężar wydatków na środki, zapobiegające zawleczeniu zarazy z państwa ościennego, wcale tu nie budzi ufności. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Z zarządzeń Namiestnictwa galic. przeciw cholerze. Zwinięto stacye rewizyjne w Nadbrzeziu, Majdanie sieniawskim i Bełzcu i otwarto przykomorki Łązek i Koziarnia — natomiast zaprowadzono rewizyę sanitarną w przykomorku Strzemilcze (Dr Regiec), a to ze względu na stosunki ekonomiczne ludności okolicznej. Do Budy zbaraskiej został przeniesiony Dr Szczepański lek. rew. z Nadbrzezia. *T.*

Kobiety sekundaryuszkami szpitali rządowych w Austryi. W odpowiedzi na interpelacyę Dra Ellenbogena zaznaczył minister spraw wewn. w parlamencie w d. 8. XI., że posady sekundaryuszy w rządowych szpitalach wiedeńskich nadawane bywają zapomocą konkursu tym lekarzom, którzy mają najlepsze kwalifikacye. O ile mieć je będzie kobieta-lekarka, to nie ma żadnej zasadniczej przeszkody, dla którejby nie mogła zostać sekundaryuszką. *R.*

Warszawski komitet walki z rakiem odbył 6. listopada r. b. pod przewodnictwem Dra J. Jaworskiego pierwsze posiedzenie. Na posiedzeniu tem wygłosił Dr Mikołaj Rejchman wykład p. t. »Organizacya walki z rakiem.« Prawidłowa organizacya walki z rakiem jest niezbędną, gdyż choroba ta staje się coraz to większą plagą ludzkości, szerząc się niepomiernie. Rozwój nauk lekarskich, tak znaczny w innych dziedzinach, w sprawie raka nie zdołał jeszcze wykryć ani przyczyn, wywołujących tą ciężką chorobę, ani warunków jej rozwoju, ani środków leczniczych. Tymczasem mnogie i wielkie statystyki dowodzą, iż zarówno ilość chorych na raka, jak i śmiertelność zwiększa się coraz to bardziej i że choroba ta coraz to częściej zdarza się u osób młodych. J. Jaworski zebrał statystykę dla Warszawy, z której okazuje się, iż i w Warszawie ilość śmierci i chorych na raka stale się zwiększa w stosunku wyższym, niżby to odpowiadało przyrostowi ludności. Dla Król. Polskiego próbowali zebrać statystykę Serkowski i Maybaum (r. 1904), próba ta jednak wskutek różnych przeszkód nie dała wyników należytych. Spisy jednodniowe w Niemczech, Holandyi i Hiszpanii stwierdziły, iż na milion mieszkańców wypada chorych na raka: w Niemczech 215, w Holandyi 286, w Hiszpanii 263. Stąd oblicza referent, iż rocznie w całej Europie umiera około 300.000 ludzi na raka. W niektórych miejscowościach śmiertelność na raka przybiera wprost olbrzymie rozmiary; referent przytacza kilku autorów, którzy tę śmiertelność w W. ks. Badeńskiem obliczają zgodnie na 90 prc. Już od r. 1801 zaczęto zwracać uwagę na plagę, jaką jest rak, lecz celowo zorganizowana akcya zaczęła się dopiero niedawno w Berlinie. Powstał tam za inicyatywą Meyera »Komitet walki z rakiem«, który w krótkim czasie dużo zdziałał, a mianowicie: 1) W celu zebrania statystyki urządził wspomniane wyżej trzy spisy jednodniowe; 2) założył dwa instytuty do badań nad rakiem; 3) wydaje czasopismo, gromadzące wszystkie prace o raku; 4) utworzył stacyę opiekuńczą w celu zapewnienia opieki chorym; 5) postarał się o utworzenie podobnych komitetów w innych miastach niemieckich i zagranicą. W Warszawie komitet taki powstał z inicyatywy J. Jaworskiego, na Zjeździe zaś lwowskim uchwalono komitet warszawski uznać za centralny dla całej Polski. Przystępując do pracy, powinien komitet warszawski zdać sobie sprawę z wielkich trudności, nieznanych gdzieindziej, któremi są: 1) brak wyższych uczelni i odpowiednich pracowni w dwóch zaborach; 2) brak środków materyalnych. Pracę komitetu radzi referent rozłożyć na następujące działy: 1) Badania nad przyrodą, rozwojem, sposobem powstawania, szerzenia się, przeszczepialnością i zaraźliwością raka, oraz badania nad środkami zapobiegawczymi. 2) Leczenie raka w najogólniejszem znaczeniu. 3) Wydanie podręcznika rozpoznawczego. 4) Utworzenie biblioteki o raku. 5) Dział statystyczny. Dział ten wzięło na siebie prezydyum komitetu, a Dr M. Rejchman przedstawił projekt schematu do zbierania danych statystycznych. — W dyskusyi prócz przewodniczącego Dra J. Jaworskiego, który imieniem zebranych wyraził referentowi podziękowanie za wszechstronne opracowanie tematu, przemawiali

jeszcze Drowie: Zera, Rzętkowski, Al. Zawadzki, Sierpiński i inni, poruszając zmiany, jakieby należało wprowadzić w przedstawionym schemacie statystycznym. *Bronisław Wejnert.*

Walkę z gruźlicą radzi Dr Mikołajski, omawiając »Społeczne zadania medycyny na X. Zjeździe lek. i p. p.« (»Głos lek.« 22) zorganizować u nas przez utworzenie krajowego komitetu przeciwgruźliczego, złożonego z zajmujących się sprawą gruźlicy profesorów uniwersytetu, referentów sanitarnych Namiestnictwa i Wydziału kraj., lekarzy-posłów parlamentarnych i sejmowych, lekarzy-radców miejskich i fizyków miejskich ze Lwowa i z Krakowa, prezesów Towarzystw lekarskich, delegatów Akademii weterynaryi, Akademii i Towarzystw rolniczych, oraz Marszałka i Namiestnika. Na koszta prac swych uzyskałby komitet dotacyę od rządu i kraju. Pozostawianie tak rozległego zadania, jakiem jest walka z gruźlicą, jakiemuś lokalnemu Towarzystwu, nie doprowadzi, zdaniem Dra Mikołajskiego, nigdy do pomyślnych wyników. Gdyby własna inicyatywa lekarzy nie zdołała stworzyć takiej organizacyi, należałoby odwołać się do rządu lub Wydziału krajowego, by taki krajowy komitet do życia powołał. *K.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 10. do 16. XI. 1907 doniesiono o 23 nowych przypadkach duru plamistego w 6 gminach, a mianowicie: pow. Jaworów (Zawadów 1), Husiatyn (Mszaniec 4), Lisko (Stupniany 5), Rawa (Wulka mazowiecka 11), Śniatyn (Dżurów 1), Zaleszczyki (Milowce 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 10. do 16. XI. 1907 urodziło się dzieci żywo 55, nieżywo 4; zmarło osób 45 (w tem obcych 12), z nich z gruźlicy 13 (7), zapalenia płuc 6, błonicy 2 (1), płonicy 2 (1). *W.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10. do 16. XI. 1907 było przypadków: płonicy 9 † 1, duru brzusznego 3, krztuśca 1, błonicy 8 † 1, róży 1, zapalenia ślinianek 1. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 10. do 16. XI. 1907 było przypadków: błonicy 6 (w tem obcych 2), krztuśca 10 (1), płonicy 22 † 2 (1), odry 17 † 4 (3 † 1), duru brzusznego 9 (2), gorączki połogowej 1 (1). *L.*

Cholera według sprawozdania austr. konsulatu w Kijowie. Od 29. X. do 10. XI. zapadło na cholerę w Kijowie 185, zmarło 73 (od wybuchu epidemii 1245 † 338). Surowicą przeciwcholeryczną szczepiono od wybuchu epidemii 484 osób. W gubernii kijowskiej było od 26. X. do 3. XI. przypadków 59 † 23, czernichowskiej 90 † 48, połtawskiej 36 † 27; na Wołyniu w ostatnich czasach nie było nowych przypadków. *T.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 20. XI. posiedzenie, na którem Prof. Bujwid przedstawiał i objaśniał fotografie barwne. W dyskusyi przemawiał Prof. Wachholz.

— Wydział Towarzystwa ratunkowego wybrał na posiedzeniu w dniu 14. XI. skarbnikiem Prym. Dr Bogdanika. Na temże posiedzeniu rozpatrywano sprawę reorganizacyi Pogotowia przez oddanie dyżurów stale płatnym lekarzom (12 po 1,200 K rocznie), dotąd bowiem służbę w Pogotowiu pełnią bezpłatnie słuchacze medycyny. Ponieważ koszt dyżurów lekarskich wyniósłby 14,400 K rocznie, a obecne dochody Towarzystwa pokryłyby ledwo $^1/_3$ tej sumy, przeto musiał Wydział reorganizacyę Pogotowia odroczyć, jako zawisłą od uzyskania odpowiedniej subwencyi miejskiej.

— Sanatoryum dla chorych piersiowych p. n. »Dom zdrowia uczącej się młodzieży w Zakopanem« uzyskało pomoc krajowej Rady szkolnej, która w osobnym okólniku zachęciła grona nauczycielskie do popierania tej filantropijnej instytucyi.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej przeprowadził na posiedzeniu w d. 6. XI. jedną rozprawę honorową, a w d. 9. XI. rozdał wspólnie z delegatami Towarzystwa lekarzy galicyjskich 11 zapomóg w łącznej kwocie 1,700 K wdowom po lekarzach z funduszów Związku austryackich Towarzystw lekarskich, a 100 K zapomogi z funduszów Izby sierocie po lekarzu.

— Liczba przypadków, w których interweniowało Pogotowie ratunkowe lwowskie od swego założenia przed 14 laty, dobiegła 16. XI. b. r. 50,000.

Warszawa. Szpital w Tworkach przeszedł w d. 11. b. m. pod zarząd gub. Rady Dobr. Oddanie innych szpitali miastu nastąpiło w d. 13. b. m. Magistrat otrzymał w spadku po Miejskiej Radzie Dobr. 58,340 rb. w gotowiźnie, 2,602,551 rb. kapitałów, złożonych w Banku Państwa lub na hipotekach, 426,043 rb. kapitałów o przeznaczeniu specyalnem i 104,974 rb. z rozmaitych kaucyi. Z opłat, zalegających za leczenie w szpitalach, przypadać będzie magistratowi 1,972,130 rb. (od szpitala w Tworkach prócz tego 194,558 rb.). Ta zaległa ogromna suma pokryje, zdaniem przewodniczącego komisyi szpitalnej, p. Małyszewa, przejęte przez magistrat 800,000 rb. długów szpitalnych. Zdaniem jego mógłby nadto magistrat przez sprzedaż cennych dziś, w środku miasta położonych nieruchomości szpitalnych (św. Rocha, św. Łazarza), uzyskać znaczne sumy na udoskonalenie szpitalnictwa. Prezydent miasta, odbierając szpitale, wyraził w swem przemówieniu pragnienie, by magistrat mógł kiedyś oddać samorządowi miejskiemu szpitale w świetnym stanie. O objęciu szpitali przez miasto i powstaniu miejskiego »Wydziału dobr. publ.« ogłosił magistrat w tymże dniu w swym »rozkazie dziennym«. Wydział ten mieścić się będzie przy ul. Kapucyńskiej, a podzielony został na 3 biura: administracyjne, gospodarcze i dochodowe. Urzędników b. Rady dobr. przyjęto bądź do Wydziału, bądź do innych biur miejskich. Naczelnikiem Wydziału został p. Kazimierz Koralewski, a do stałej miejskiej komisyi dla spraw dobroczynności publ. powołani zostali na wniosek prezydenta miasta 4 obywatele, wśród nich z lekarzy Prof. Dr Kosiński. W dniu objęcia przez miasto znajdowało się w szpitalach warszawskich 3391 osób. — W d. 14. b. m. odbyło się pod przewodnictwem prezydenta miasta wspólne posiedzenie »Wydziału Dobr.« i lekarzy naczelnych szpitali. Prezydent oświadczył, że obecnie magistrat nie może nic przeznaczyć na budowę nowych szpitali i zakładów dobroczynnych, bo na spłacenie tylko długów b. Rady i dokonanie niezbędnych napraw musi zaciągnąć $1^1/_2$ milionową pożyczkę. To też inspektor szpitali wystąpił z projektem tymczasowych zarządzeń, i tak, by wypisać ze szpitali wszystkich chorych nieuleczalnych oraz gruźliczych, co dałoby 400 miejsc wolnych. Dla nieuleczalnych należałoby urządzić osobny przytułek w domu wynajętym, dla gruźliczych zaś wybudować sanatoryum w lasach Mieni, należących do szpitala św. Ducha. Niezbędne jest powiększenie liczby miejsc w szpitalu św. Jana Bożego dla obłąkanych z Warszawy, ponieważ szpital w Tworkach teraz nie tak łatwo ich przyjmować będzie. Lekarze szpitalni położyli nacisk na potrzebę niezwłocznego powiększenia liczby łóżek dla chorych zakaźnych. Dla spraw tych uchwalono utworzyć dwie komisye: jedną — lekarską, pod przewodnictwem Prof. Kosińskiego, drugą — finansową pod przewodnictwem pomocnika prezydenta miasta E. Zientkowskiego. — Warszawska gmina izraelicka stara się o powołanie do komisyi szpitalnianej i jej przedstawicieli, ponieważ niektóre instytucye dobroczynne stanowią jej własność i otrzymują od niej zasiłek.

W ambulatoryach wielu szpitali były dawniej wszystkie niemal godziny zajęte, obecnie jest zajętych znacznie mniej (np. na Pradze z 6 godzin, dwie). Ostatnie przesilenia ekonomiczne sprawiły, że nieraz i osoby zamożniejsze zgłaszają się teraz do ambulatoryów po poradę bezpłatną. Stąd zniechęcenie lekarzy do zajęć w ambulatoryach.

W Instytucie higieny dziecięcej im. bar. Lenvala wprowadzono »dyspensatoryum przeciwgruźlicze« w postaci porad, udzielanych 3 razy na tydzień dzieciom od lat 5 do 15.

Do rzędu instytucyi, zmierzających do podniesienia poziomu umysłowego w kraju, przybywa »Towarzystwo naukowe« o programie, podobnym do istniejących gdzieindziej naszych »Towarzystw przyjaciół nauk«. Członkami Towarzystwa mogą być tylko osoby, mające stopień naukowy lub znane z prac naukowych. (Opłata najmniejsza 10 rb. rocznie).

Lekarze okuliści warszawscy powzięli myśl założenia własnego Kółka zawodowego. Do komisyi organizacyjnej wybrano Drów Kamockiego, Kępińskiego i Ziemińskiego.

Wobec projektu przeniesienia warsz. Instytutu weterynaryjnego (mającego obecnie 94 słuchaczy na I kursie) do jednego z miast Cesarstwa, ministeryum wojny zawiadomiło ministra oświaty, że dla względów wojskowych byłoby bardzo pożądane pozostawienie Instytutu i nadal w Warszawie. — Dla przejrzenia obowiązujących u nas przepisów weterynaryjnych obraduje w Warszawie zjazd inspektorów weter. z Królestwa Pols., pod przewodnictwem głównego inspektora weter., Dr Nagórskiego, który następnie odbędzie podróż inspekcyjną po Królestwie.

W związku akuszerek odbędzie się szereg wykładów Dr Neugebauera z zakresu położnictwa. — Wykład Dr J. Jaworskiego w »Stowarzyszeniu lekarzy polskich«: »O stosunku akuszerek do publiczności i lekarzy« został w ostatniej chwili przez władze zakazany. Tego rodzaju tematy mają poprzednio przechodzić przez cenzurę.

Druki, podlegające cenzurze urzędu lekarskiego, mają być z rozkazu oberpolicmajstra przedkładane odtąd nie jemu, ale bezpośrednio urzędowi lekarskiemu.

Ospa szerzy się w Warszawie coraz bardziej. W szpitalu św. Stanisława, który jest stale przepełniony, 80 łóżek oddano ospowym, a tylko 40 innym chorym zakaźnym; wielu zgłaszających się chorych odprawiać się musi z niczem. Inspektor szkół początkowych zażądał 500 rubli na szczepienie dzieci szkolnych; magistrat pieniędzy odmówił, ale przyrzekł krowiankę i pomoc lekarzy miejskich.

Również szerzy się ospa w Łodzi, i to bardzo gwałtownie. W jednym n. p. domu przy ul. Grochowskiej zapadło w jednym dniu 11. b. m. od razu 9 osób, w innym domu równocześnie 7 osób. Łódzki oddział Tow. higienicznego stara się wszelkiemi siłami zwalczać tę epidemię i urządza stacye szczepienia krowianki, powierzywszy tę sprawę komisyi, złożonej z Drów Bartoszewicza, A. Landaua i Trenknera. — Nadto pojawiło się w Łodzi nagminne zapalenie przyusznicy. — Łódzkiemu Pogotowiu ratunkowemu grozi zamknięcie dla braku środków, gdyż ma ono tylko 430 członków (w 400-tysięcznem mieście!), płacących rocznie około 5,000 rb.; drugie 5,000 rb. wpływa z subwencyi i opłat za przewożenie chorych, a wydatki wynoszą 18,000 rb.!

Dr Ł.

— *Otrzymaliśmy następujący »List otwarty«:* W Nr 45. »Przeglądu lek.« w korespondencyi Dra Ł. z Warszawy o aresztowaniach lekarzy szpitala św. Ducha przeczytałem, jakoby koledzy Drabczyk, Purytz i ja postanowili przyjąć do szpitala posługacza, wydalonego za przyjmowanie datków i usunąć przyjętego na jego miejsce. Z tego powodu czuję się zmuszonym podać do wiadomości ogółu, że opis tego faktu przez Dra Ł. nie zgadza się z prawdą: nie postanowiliśmy ani usuwać nowego, ani też przyjmować wydalonego. Treść korespondencyi Dra Ł. dziwi mnie tem bardziej, że w pismach warszawskich sprawa ta była opisana w odmiennem świetle i że Dr Ł. przy spotkaniu ze mną mógł łatwo dowiedzieć się, jak się rzecz właściwie miała.

Dr Jan Borzymowski.

Od Dra Drabczyka otrzymaliśmy oświadczenie, że się do powyższego sprostowania przyłącza.

— Zmarły niedawno (w Krakowie) Dr Czekierski zapisał 15,000 rb. na cele dobroczynne, m. i. 5,000 rb. na szpital dziecięcy przy ul. Kopernika, 2,000 rb. Towarzystwu lekarskiemu warszawskiemu.

— Ponieważ stosunek prywatnych zakładów dobroczynnych (n. p. obu warszawskich szpitali dla dzieci, towarzystwa opieki nad chorymi pozaszpitalnymi i t. d.) do b. Miejskiej Rady dobr. polegał na bardzo rozmaitych postanowieniach i stąd Rada nie mogła zakładów tych jednolicie i dostatecznie nadzorować, przeto dla uporządkowania stosunku tych zakładów do obecnych władz nadzorczych (Wydział dobr. Magistratu) proponuje Dr Polak (»Kuryer warsz.« 315), by zakłady te i Towarzystwa postarały się o zmianę swych ustaw, zastosowaną do nowego prawa o stowarzyszeniach z d. 8/21. marca 1906.

Wilno. Pomimo, iż jesień u nas była w tym roku wyjątkowo piękna, ciepła i sucha, zostało Wilno nawiedzone naraz przez epidemie odry, płonicy, czerwonki i duru brzusznego, zaś sporadycznie pojawiała się błonica, grypa i dur wysypkowy. Jak zwykle, tak i tym razem szerzeniu się chorób nagminnych pomagały szkoły męskie i żeńskie, w których sprawa zdrowia uczącej się dziatwy jest traktowana po macoszemu i wymaga gruntownej reformy.

Niemałe usługi w walce z dziecięcemi chorobami zakaźnemi odda niewątpliwie nowowybudowany kosztem miasta w zdrowej miejscowości szpital dziecięcy, urządzony według współczesnych wymagań nauki. Posadę ordynatora objął młody lekarz-pedyatra Dr Żabko-Potopowicz. Dotąd jednak szpital jeszcze nie został otwarty.

Zakład dla umysłowo chorych w Wilejce pod Wilnem, wybudowany na 1000 chorych, okazał się za szczupły, ponieważ obsługuje on kilka gubernii. To też obecnie rozszerzają go znacznie.

Pomimo, że uniwersytety rosyjskie od paru lat prawie stale są zamknięte, to jednak liczba lekarzy w Wilnie stale się zwiększa, co znowu ujemnie wpływa na byt materyalny lekarzy i chociaż kilku udało się dostać zajęcia płatne w Pogotowiu ratunkowem, w wojsku, lub na stanowisku lekarzy sanitarnych, ale wielu cierpi biedę. Młodzi lekarze, przybywający do Wilna, przeważnie nie starają się zawierać znajomości z kolegami, dawniej tu osiadłymi. To też dwie te generacye lekarzy prawie się ze sobą nie znają. Dlatego starsi lekarze wileńscy, Polacy i Litwini, próbowali zbliżyć się do młodszych kolegów i w tym celu urządzili parę zebrań koleżeńskich, ale już na drugiem zebraniu tyle było przykrych dysonansów, że dalszych prób wypadnie zaniechać.

Towarzystwo lekarskie również w ostatnich czasach przestało grać rolę łącznika między lekarzami wileńskimi. Wprowadzony ponownie do Towarzystwa język nasz został z rozkazu gubernatora z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego usunięty i zastąpiony przez urzędowy, rosyjski. Wobec tego członkowie Polacy niechętnie i nielicznie uczęszczają na posiedzenia i prawie nie zabierają głosu. Na październikowem posiedzeniu Towarzystwa zapadła dziwna uchwała przeniesienia posiedzeń z historycznej i pamiątkowej sali pouniwersyteckiej.... do klubu. W ogólności Towarzystwo znajduje się obecnie w dobie upadku i przeżywa przesilenie finansowe. Posiedzenia bywają nieliczne i niezajmujące. Protokoły, które dawniej wychodziły co miesiąc i obfitowały w treść, obecnie drukują się parę razy do roku i wyglądają suchotniczo. Tylko biblioteka Towarzystwa stale wzrasta, a to dzięki temu, że w ostatnich czasach przeszło na jej własność kilka księgozbiorów po śmierci niektórych lekarzy wileńskich. Ale z biblioteki tej nikt korzystać nie może, ponieważ pozostaje ona w straszliwym nieładzie i nikt nie wie, co w sobie zawiera. Komisya biblioteczna, która przed laty kilku rozpoczęła pracę skatalogowania książek, po kilku miesiącach ostygła w zapale i przestała pracować.

Wydział budowlany wileńskiego zarządu gubernialnego przedłożył ministerstwu do zatwierdzenia projekt wodociągów (1 milion rbs.) i kanalizacyi ($2^1/_2$ mil. rbs.) Wilna.

Dr Władysław Zahorski.

Z różnych stron. Z powodu mianowania profesorami Wydziału lek. w Paryżu prof. Nicolasa i Prenanta z Nancy wybuchły wśród studentów niepokoje, na które minister oświaty Briand odpowiedział zamknięciem Wydziału. Na studentów miało oddziałać niezadowolenie paryskich kandydatów do katedr z powodu powołania »obcych«.

— Dr med. Marya Schultz, Polka, urzędująca w kwarantannie w Port-Said, wysłaną została w misyi naukowej do Indyi przez francuskie ministerstwo oświaty.

— Koszta zwalczania moru w Japonii od r. 1899 do 1907 wyniosły około 6 milionów. W czasie tym chorowało na mór 1147, zmarło 949 osób,

— 29. Zjazd balneologów niemieckich odbędzie się w marcu 1908 we Wrocławiu.

— 28. I. 1908 otwartą zostanie w Petersburgu wystawa higieny kobiet.

Mianowani: Dr Adam Sznabl lekarzem miejskim, Dr Jakimowicz lekarzem higienistą zarządu lekarskiego, Dr Z. Messyng nadet. ordynatorem uniw. kliniki dyagnostyczno-terapeutycznej w Warszawie.

Zmarli: Dr Gimbut, lekarz artyleryi, w 48 r. ż. w Łomży (śmiercią samobójczą).

Redakcya otrzymała: Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1904. Lwów 1907.—Reis Wiktor: Ankyloblepharon filiforme adnatum. »Arch. f. Augenhk.« 1907. — Trochanowski: Zdroje iwonickie po ostatnim rozbiorze chemicznym, dokonanym r. 1907. — Ryłko: Przypadek mięsaka błony śluzowej trzonu macicy.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 27. listopada o godz. 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska l. 4). Porządek dzienny: 1) Sprawy administracyjne (wybór komisyi przedwyborczej). 2) Sprawozdanie komisyi w sprawie położnych w kraju naszym. Sprawozdawca Dr T. Piotrowski. 3) Prof. Rosner: O środkach znieczulających, używanych przy porodach prawidłowych. 4) Prof. Marchlewski: Z badań nad barwikiem krwi i chlorofilem.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol według zdania Dra P. Schütte (»Deut. mediz. Presse«) powinien być znanym każdemu lekarzowi, ponieważ obok wielostronności i energii swego działania nie grozi żadnem ubocznem niebezpieczeństwem i nie wywiera szkodliwych następstw. Posiada on znakomite właściwości uśmierzające i wykrztuśne. Jest środkiem przeciwgorączkowym i przeciwgośćcowym i ma tę zaletę, że pobudza i wzmacnia czynność serca, gdy salicyl i inne mu pokrewne środki wpływają na serce niekorzystnie; przyczynia się nadto pyrenol do polepszenia ogólnego stanu chorego, bo podnieca apetyt i przyspiesza wymianę materyi.

Przeciw chorobom narządu oddechowego jest pyrenol lekiem znakomitym: przy zapaleniu płuc, jakoteż innych gorączkowych chorobach, stosuje się go jako środek przeciwgorączkowy i niezawodny przeciw dotkliwemu kłuciu w piersiach; ostre nieżyty krtani i płuc przebiegają o wiele prędzej i pomyślniej, niż przy stosowaniu innych środków; przewlekłe nieżyty oskrzeli i rozedmę płuc, nawet w zastarzałych przypadkach, łagodzi pyrenol znacznie; przy dychawicy nerwowej i oskrzelowej usuwa szmery, kaszel i napady. Nie bez znaczenia jest przytem, że pyrenol przez dłuższy czas bez przerwy może być podawanym, oraz, że nawet wtedy działa, gdy jodek potasu nie pomaga; przy krztuścu stwierdzono złagodzenie cierpienia i krótszy czas trwania kaszlu, przy gruźlicy płuc i gruźlicy krtani dały się stwierdzić uśmierzające właściwości pyrenolu.

Dawkowanie: 1) Pastylki: dla dorosłych 3—4 razy dziennie po 1—3 pastylek, dla dzieci 3—4 razy dzień. po $^1/_4$—1 pastylki (ewentualnie pastylki roztarte w słodzonej wodzie, mleku i t. p.). 2) Rozczyn: 2—5% dla dorosłych 2—3 łyżki stołowe co godzinę, dla dzieci $^1/_2$—1 łyżeczki kawowej w wodzie malinowej. *Hr.*

Benzosalin poleca jako środek przeciw gośćcowi Dr Karol Ganz (»Medizin. Woche« Nr 47, 1906). Autor robił próby w przypadkach ostrego i przewlekłego gośćca przy znacznej gorączce. Po użyciu tabletek ustępowały bóle i obrzęk, spadała ciepłota i następowało w krótkim czasie zupełne wyzdrowienie. Niemiłe przypadłości, jak gniecenie w żołądku lub szum w uszach, zdarzające się przy stosowaniu kwasu salicylowego, w żadnym wypadku nie wystąpiły. W przypadkach grypy wszelkie objawy ustąpiły przez podawanie 3 gr. dziennie benzosalinu. Wobec powyższych doświadczeń uważać należy benzosalin za najlepszy środek w gośćcu, a także za środek przeciwgorączkowy, zastępujący całkowicie kwas salicylowy i salicylan sodu, przez co znacznie wzbogaca naszą skarbnicę leków. *Hj.*

Dispnon (Dr Waissbart: »Zentralblatt f. die ges. Therapie«, Nr 4, 1907) — lek, wyrabiany przez aptekę »zur Austria« w Wiedniu w formie pastylek, składa się z *theobromin. natr. salicyl. 0,25, theobrom. natr. acetic. 0,1* lub *quebracho 0,1*. Dzięki temu, że dispnon składa się z jednej strony z diuretyny i aguryny, a z drugiej z kory quebracho, stosowanie jego jest rozległe. O teobrominie i od niej pochodnych, jakoto: aguryna, diuratyna, uroferyna i i. odzywa się Brener z uznaniem przy leczeniu dusznicy bolesnej i pokrewnych stanów. Kora quebracho w rozczynie zasadowym działa na podstawie badań Harnacka, Hofmanna i innych podobnie, jak apomorfina. Jest ona znakomitym środkiem przy wszelkiego rodzaju stanach połączonych z dusznością. Mandl stosował z powodzeniem dispnon przy dychawicy sercowej, dusznicy bolesnej, stwardnieniu tętnic i t. d. Wogóle poleca autor podawać dispnon chorym z ciężkiemi wadami serca lub objawami dusznicy. Dawkowanie: średnio 3 razy dziennie po 2 pastylki. *A.*

Thephorin. (Dr Cohn. »Deutsche Medizin. Wochenschr.« Nr 35, 1907). Sól podwójna sodoteobrominy z mrówkanem sodu jest środkiem analogicznym z diuretyną, w której kwas mrówkowy zastąpił kwas salicylowy. Zawiera ona 62,5 prc. teobrominy i 23,5 prc. mrówkanu sodowego. Lek ten wyrabiany przez fabrykę Hoffmann la Roche w proszku lub tabliczkach 0,5 gr. Doświadczenia, wykonane na świnkach morskich w zakładzie farmakologicznym uniwersytetu berlińskiego przez Maasa, stwierdziły następujące własności tego leku: niewielką toksyczność, śmiertelna dawka od 0,8—0,9 gr. na kg. morskiej świnki; ogólnie w małych dawkach jest teforyna środkiem lekko podniecającym, w większych wzgl. śmiertelnych wywołuje porażenie. Teforyna obniża wysokość ciśnienia krwi, podnosi tętno i zwiększa ilość moczu u zwierząt zdrowych. Lecznicze skuteczne dawki są niższe od trujących. C. zastosował lek ten przeciw zastojom na tle chorób nerek i serca. Podawano w tabliczkach 2 razy 0,5, co jest właściwą dawką; gdzie taka nie skutkowała, tam i większe nic nie pomogły. W 2 przypadkach wystąpiły w $^1/_2$ gr. po przyjęciu środka mdłości i wymioty, ustały jednak, kiedy po jedzeniu powtórzono dawkę. Niekiedy używano leku do 3 tygodni codziennie, bez żadnych ubocznych działań na przewód pokarmowy. W przypadkach schorzenia mięśnia sercowego i w cierpieniach nerek, gdzie zalecano 4 razy 0,5, wystąpił po 3 tabliczkach ból głowy. Przy niedomykalności zastawki i stwardnieniu tętnicy głównej reguluje teforyna akcyę serca. Głównie wpływa teforyna na oddawanie moczu i to w połączeniu z nalewką naparstnicy lub digalenem. W chorobach nerek są wyniki na ogół mniej korzystne. W przypadku podostrego zapalenia nerek wróciło w moczu białko po podaniu teforyny (usunięte poprzednio po zastosowaniu diuretyny) po usunięciu teforyny białko znikło na czas jakiś. Ostrożności wymaga stosowanie teforyny w przewlekłem zapaleniu nerek. Głównie zaleca się teforynę w niedomodze sercowej. Można ją podawać nawet przy nieżycie żołądka. W razie skłonności do wymiotów wystarczy podać na 10 minut przed teforyną 10 kropel 1 prc. rozczynu kokainy. *Hf.*

Zatrucie lysolem zdarzyło się ponownie w Berlinie. Marya Tietz, żona szynkarza, otruła lysolem obu synów, w wieku 7 i 3 lat, poczem sama zażyła tej trucizny i ciężko się uszkodziła. Wskazanem byłoby zabronienie sprzedaży lysolu bez polecenia lekarskiego. *Ll.*

*